REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

BOLLETTINO UFFICIALE

1° supplemento ordinario n. 38 del 18 dicembre 2019 al Bollettino Ufficiale n. 51 del 18 dicembre 2019

SO 38

Il "Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia" si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l'individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità e i termini delle richieste di inserzione e delle successive pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con DPReg. n. 052/Pres. del 21 marzo 2016, pubblicato sul BUR n. 14 del 6 aprile 2016. Dal 1° gennaio 2010 il Bollettino Ufficiale viene pubblicato esclusivamente in forma digitale, con modalità che garantiscono l'autenticità e l'integrità degli atti assumendo a tutti gli effetti valore legale (art. 32, L n. 69/2009).

Sommario Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

19_SO38_1_LRE_22_1_TESTO

Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22
Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

Il Consiglio regionale ha approvato
Il Presidente della Regione promulga la seguente legge:

INDICE

TITOLO I - OGGETTO E FINALITÀ

Art. 1 oggetto

1. Ai sensi dell'articolo 5, primo comma, punto n. 16, dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1), la presente legge definisce le norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria del Servizio sanitario regionale, nel rispetto dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), nonché in attuazione dei livelli essenziali di assistenza definiti ai sensi dell'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 502/1992, in coerenza agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera definiti ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e in coerenza al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Art. 2 finalità

1. La presente legge, in coerenza con le finalità di cui alla legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale), e per la più ampia valorizzazione dei sistemi integrati di assistenza alla persona, persegue, in particolare:
a) la valorizzazione della centralità della persona, del ruolo della famiglia e della rete di supporto familiare;
b) l'orientamento del Servizio sanitario regionale al governo della domanda ispirato all'appropriatezza, alla sicurezza delle cure e alla medicina di iniziativa;
c) l'equità e l'omogeneità di accesso all'assistenza assicurata dalle strutture sanitarie e sociosanitarie nell'ambito della libera scelta consapevole e responsabile delle persone;
d) l'accrescimento della partecipazione consapevole delle persone ai corretti stili di vita e ai percorsi di prevenzione, di diagnosi, di cura, di terapia, di riabilitazione e di assistenza, anche attraverso forme di collaborazione con gli enti del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106);
e) la realizzazione della rete dell'offerta dei servizi di assistenza nel riconoscimento del principio della sussidiarietà orizzontale;
f) lo sviluppo di logiche e meccanismi di presa in carico in una prospettiva di integrazione clinico-assistenziale e sociosanitaria;
g) la permanenza del cittadino nel proprio contesto di vita, anche attraverso la riduzione dell'istituzionalizzazione di minori, anziani, persone con disabilità e la promozione di forme di domiciliarità innovative;
h) la promozione delle competenze e della formazione permanente delle risorse umane, in coerenza con le linee strategiche del Servizio sanitario regionale e con le linee di efficacia;
i) il coordinamento delle politiche sanitarie, ambientali e pianificatorie, al fine di raggiungere effettivi miglioramenti in termini di benessere e qualità della vita dei cittadini;
j) la sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale attraverso la riorganizzazione e l'impiego efficiente delle risorse strutturali e delle competenze professionali, nonché l'idonea assegnazione delle risorse;
k) l'equità in salute in modo da assicurare la parità di accesso di tutti i cittadini al sistema sanitario regionale;
l) lo sviluppo di un sistema salute integrato affinché la Regione Friuli Venezia Giulia possa diventare punto di riferimento nazionale e internazionale nell'attuare in modo innovativo la salute in tutte le politiche.
2. Le finalità di cui al comma 1 sono attuate con gradualità.

TITOLO II - LIVELLI DI ASSISTENZA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
CAPO I - SISTEMA SALUTE

Art. 3 il modello assistenziale

1. Il Servizio sanitario regionale orienta il suo modello assistenziale al perseguimento delle finalità enunciate all'articolo 2.
2. A tale scopo il Servizio sanitario regionale attiva modalità organizzative innovative di presa in carico, basate sulla proattività e sulla medicina di iniziativa in grado di integrare le forme di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale, sia ospedaliere che territoriali.

Art. 4 integrazione e assistenza sociosanitaria

1. Il sistema regionale dei servizi sanitari e quello dei servizi sociali concorrono congiuntamente, in forma strutturata, a garantire la risposta appropriata ai bisogni complessi di salute della persona, con superamento del modello di interazione basato sull'esercizio separato delle proprie competenze nell'ambito delle rispettive organizzazioni, nel riconoscimento dell'integrazione sociosanitaria quale formula organizzativa di produzione unitaria di salute e benessere.
2. Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992 e in coerenza con la disciplina statale in materia di livelli essenziali di assistenza di cui al capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), il sistema regionale dell'offerta assistenziale sociosanitaria è riqualificato secondo i principi e le disposizioni del presente capo.
3. La Regione garantisce percorsi assistenziali integrati alle persone con bisogni complessi attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per migliorare o mantenere il proprio stato di salute, con riguardo alle aree relative ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie, nonché alle persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, alle persone affette da patologie con indicazione di cure palliative, alle persone con disabilità, ai minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, alle persone con disturbo mentale e alle persone con dipendenza patologica.
4. Per le finalità di cui al comma 3 la Regione sostiene la creazione di ambienti sostenibili e resilienti.
5. Le attività per l'assistenza sociosanitaria sono definite, per un percorso di graduale attuazione, preferibilmente nell'ambito delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 50.
6. I percorsi assistenziali integrati sono orientati all'inclusione sociale al fine di garantire, su base di uguaglianza, la piena ed effettiva partecipazione nella società delle persone con bisogni complessi.
7. Ai fini del comma 6, i percorsi assistenziali integrati sono prioritariamente realizzati nei contesti naturali di vita delle persone sulla base di progetti personalizzati che, nel rispetto della libertà di scelta della persona e dell'orientamento della famiglia e della rete di supporto familiare, valorizzano le dimensioni della domiciliarità e dell'abitare inclusivo, anche per contenere gli esiti di istituzionalizzazione e di residenzialità in struttura.
8. Il fabbisogno regionale di strutture residenziali, semiresidenziali e di altre modalità di erogazione dei servizi è determinato per categorie di destinatari in relazione ai percorsi assistenziali integrati.
9. Al fine di garantire il massimo grado di personalizzazione della risposta ai bisogni della persona e all'inclusione sociale, l'organizzazione dei servizi dedicati è riorientata, entro i percorsi assistenziali integrati, verso modelli che integrano i determinanti di salute e benessere. Detti modelli valorizzano la natura relazionale, abilitante e capacitante dell'assistenza e, a tale fine, attivano, nella rete di cura e sostegno, le risorse familiari, solidali e comunitarie locali, con particolare riguardo alle realtà del Terzo settore, quali fattori produttivi di mantenimento e sviluppo della salute.

Art. 5 presa in carico integrata

1. Alle persone con bisogni complessi individuate dall'articolo 4, comma 3, è garantita la presa in carico integrata da parte dei servizi sanitari e sociali competenti.
2. Le pratiche di presa in carico integrata sono uniformi sul territorio regionale e sono organizzate per area di bisogno e con riguardo alle diverse fasi del processo di presa in carico, in particolare considerando i seguenti aspetti:
a) ruolo degli attori istituzionali e non istituzionali coinvolti;
b) modalità di regolazione delle interdipendenze tra gli attori;
c) metodologie e strumenti professionali e gestionali da applicare, con particolare riguardo alle componenti della valutazione del bisogno, della costruzione del progetto personalizzato di cui all'articolo 8 e

delle risorse dedicate;
d) articolazione della tipologia di percorso in rapporto al profilo di bisogno e alla rete dei servizi e delle opportunità disponibili.

Art. 6 accesso all'assistenza sociosanitaria

1. L'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari è organizzato mediante integrazione strutturale o funzionale dei servizi sanitari con quelli sociali.
2. Al fine di favorire l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, su base di eguale opportunità di cura e assistenza da garantire alle persone, la Regione sostiene la realizzazione di modalità proattive di conoscenza e presa in carico dei bisogni inespressi.

Art. 7 valutazione multidimensionale dei bisogni

1. Il bisogno terapeutico, riabilitativo e assistenziale della persona è valutato in tutte le sue dimensioni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, con esplorazione allargata alle risorse e alle preferenze personali, familiari e di coloro che si prendono cura dell'assistito, nonché in considerazione delle opportunità offerte dal contesto di vita della persona.
2. La valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi è effettuata da apposita equipe costituita da tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale e con il coinvolgimento della persona, della sua famiglia e di coloro che si prendono cura dell'assistito.
3. La valutazione multidimensionale è effettuata con modalità, procedure e strumenti che esitano nell'individuazione del profilo di bisogno in relazione all'intensità dei sostegni.

Art. 8 progetto personalizzato

1. La valutazione dei bisogni, effettuata secondo quanto disposto dall'articolo 7, guida l'elaborazione del progetto personalizzato, nella considerazione prioritaria, oltre che delle cure terapeutiche, anche delle possibilità di domiciliarità e abitare inclusivo, apprendimento, espressività, affettività e socialità, formazione e lavoro, con assunzione di obiettivi di abilitazione e di capacitazione della persona assistita.
2. Nel rispetto delle facoltà individuali di scelta e dell'orientamento della famiglia e di coloro che si prendono cura dell'assistito, il progetto è elaborato dall'equipe di valutazione in modalità di coprogettazione con la persona e la famiglia ed è realizzato entro percorsi assistenziali integrati che coinvolgono tutte le componenti dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale.
3. I contenuti e le modalità di costruzione del progetto sono definiti per area di bisogno, con attribuzione delle responsabilità professionali e di servizio in capo ai soggetti coinvolti e con individuazione delle risorse dedicate.
4. L'equipe di valutazione riconsidera il profilo di bisogno della persona in relazione alle diverse fasi del progetto.
5. Il progetto personalizzato, comunque denominato, è finalizzato a dare attuazione alle disposizioni di cui all'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

Art. 9 budget personale di progetto e budget di salute

1. La realizzazione del progetto personalizzato della persona con bisogno complesso è sostenuta da apposito budget integrato, denominato budget personale di progetto, che è costituito dal concorso di risorse economiche e di risorse prestazionali rese da tutte le componenti coinvolte, ivi compresa la persona assistita e la sua famiglia.
2. La costituzione del budget personale di progetto, effettuata al momento della formulazione del progetto personalizzato, è rimodulata in relazione alle eventuali revisioni del progetto stesso. Il budget personale di progetto è articolato considerando il valore delle prestazioni e dei servizi resi a titolo di livello essenziale di assistenza unitamente alle altre risorse, pubbliche e private, finanziarie e non finanziarie, necessarie alla realizzazione del progetto.
3. Al fine di riorientare i servizi sulla base della centralità della persona e dei suoi bisogni e per sostenere gli oneri di cogestione del progetto personalizzato da parte dell'ente del Terzo settore entro il rapporto di partenariato previsto all'articolo 10, nell'ambito del budget personale di progetto può essere enucleata una quota, denominata budget di salute, costituita da risorse finanziarie a carico del Servizio sanitario regionale e del Servizio sociale dei Comuni, per finalizzarla a soddisfare il profilo di bisogno della persona, con riconversione delle risorse destinate a servizi istituzionalizzanti o comunque convenzionali a sostegno di percorsi d'inclusione.

Art. 10 partenariato pubblico con enti del Terzo settore

1. Ferma restando la titolarità pubblica della presa in carico integrata, l'organizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi entro i percorsi assistenziali integrati è aperta a forme di partenariato pubblico con enti del Terzo settore, sulla base di specifiche progettualità elaborate dagli enti del Servizio sanitario regionale in rapporto di collaborazione con il Servizio sociale dei Comuni territorialmente competente e

con gli altri soggetti pubblici e gli enti del Terzo settore coinvolti.
2. Per l'innovazione dell'assistenza sociosanitaria entro direttrici di solidarietà, partecipazione e sussidiarietà, è valorizzato il protagonismo della comunità civile con sviluppo della collaborazione cooperativa nel rapporto fra enti pubblici ed enti del Terzo settore. Nell'ambito del partenariato, l'ente del Terzo settore coprogramma, coprogetta e cogestisce con il soggetto pubblico il progetto personalizzato di assistenza, in particolare mediante apporto di occasioni di domiciliarità e abitare inclusivo, apprendimento, espressività e socialità, formazione e lavoro, rimanendo in capo al servizio pubblico la responsabilità del percorso assistenziale integrato.
3. In relazione all'affidamento di servizi che prevedono l'inserimento al lavoro di persone svantaggiate ai sensi dell'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), degli articoli 112 e 143 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici), dell'articolo 35 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), e del capo IV della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20 (Norme in materia di cooperazione sociale), per i soggetti di cui all'articolo 43, commi 1 e 1 bis, della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 (Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative), è fatta salva la possibilità di procedere autonomamente.

Art. 11 promozione dell'innovazione

1. Nell'ambito dei principi e delle disposizioni del presente capo, il modello di politica sociosanitaria della Regione è informato all'innovazione continua dei servizi per la produzione di benessere, inteso nella sua dimensione sanitaria, relazionale e sociale, economica e ambientale, quale fattore di sviluppo umano, comunitario e di coesione sociale.
2. Ai fini di cui al comma 1 la Regione orienta la regolamentazione e la valutazione dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza sociosanitaria sperimentando forme di accreditamento dei processi e della rete dei servizi.
3. La Regione promuove la sperimentazione di progettualità per nuovi modelli di servizio informati a sistemi relazionali fra gli attori che alimentino processi di qualità dei percorsi assistenziali integrati.

Art. 12 aziende pubbliche di servizi alla persona

1. Nelle more della trasformazione delle aziende pubbliche di servizi alla persona di cui alla legge regionale 11 dicembre 2003, n. 19 (Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza nella Regione Friuli Venezia Giulia), in centri di servizi socio sanitari, le stesse possono stipulare convenzioni con gli enti del Servizio sanitario regionale per l'adozione di forme di sviluppo di competenze e professionalità di area tecnico amministrativa e per la formazione del personale.
2. Le aziende pubbliche di servizi alla persona sviluppano forme di collaborazione con gli enti del Servizio sanitario regionale per l'adozione di protocolli gestionali e assistenziali e di presa in carico condivisi che facilitino la comunicazione tra aziende ed enti e la fruizione dei servizi da parte dell'utente, dei suoi familiari e di colui che si prende cura della persona da assistere.

Art. 13 sistema di finanziamento per l'integrazione e l'assistenza sociosanitaria

1. Il sistema regionale di finanziamento per l'integrazione e l'assistenza sociosanitaria è basato su principi di equità, perequazione e solidarietà territoriale ed è orientato alla responsabilizzazione finanziaria ed economica dei livelli istituzionali e non istituzionali coinvolti, in termini di apporto e contribuzione alla produzione di salute e benessere quale bene comune.
2. La Regione provvede, in sede di revisione della disciplina del settore, a ottimizzare l'impiego delle risorse secondo i seguenti criteri direttivi:
a) tendenziale e progressivo bilanciamento fra finanziamento dei servizi e risorse economiche direttamente riferite alla persona a soddisfacimento dei suoi bisogni complessi;
b) eliminazione delle eventuali duplicazioni dei canali di finanziamento e concentrazione per macro-aree d'intervento dei trasferimenti agli attori del sistema;
c) previsione di forme di rendicontazione che restituiscano informazioni relativamente ai risultati ottenuti sulla salute e l'inclusione sociale delle persone assistite, ai fini della pianificazione e programmazione regionale e locale;
d) allineamento della compartecipazione comunale e dell'apporto di compartecipazione dell'utenza su valori minimi uniformi, a superamento delle diseguaglianze territoriali.
3. Gli enti del Servizio sanitario regionale, i Servizi sociali dei Comuni e gli enti gestori dei servizi per la disabilità stabiliscono, nelle appropriate sedi di pianificazione, programmazione e concertazione di cui al titolo IV, l'ammontare delle rispettive quote di compartecipazione economica e finanziaria per l'avvio di politiche cooperative di integrazione sociosanitaria.

Art. 14 disposizioni per l'attuazione dell'assistenza sociosanitaria

1. Ferma restando l'applicazione degli atti già adottati per area di bisogno in linea con i principi e le disposizioni del presente capo, per assicurare uniformità di disciplina, in particolare per le aree carenti, con deliberazione della Giunta regionale, previa informazione alla Commissione consiliare competente, in relazione a quanto stabilito all'articolo 4, comma 5, sono stabilite linee guida in relazione a:
a) presa in carico integrata, ai sensi dell'articolo 5;
b) accesso unitario alla rete dei servizi, di cui all'articolo 6;
c) valutazione multidimensionale dei bisogni, ai sensi dell'articolo 7;
d) progetto personalizzato, ai sensi dell'articolo 8, con l'individuazione delle risorse dedicate, ivi prevista, riferita alle componenti di spesa delle misure e degli interventi vigenti da utilizzare nella composizione del budget di salute;
e) monitoraggio e valutazione dei progetti personalizzati entro i percorsi assistenziali integrati;
f) partenariato di cui all'articolo 10;
g) sperimentazioni di progettualità di cui all'articolo 11, commi 2 e 3.
2. Con deliberazione della Giunta regionale è approvato il cronoprogramma per l'adozione delle linee guida di cui al comma 1 e della normativa regolamentare in materia sociosanitaria con la previsione di modalità di coinvolgimento dei soggetti pubblici, privati e degli enti del Terzo settore per la programmazione e gestione della rete dei servizi.

CAPO II - ASSISTENZA DISTRETTUALE

Art. 15 funzioni dell'assistenza distrettuale

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 6 della legge regionale 27/2018, il livello dell'assistenza distrettuale assicura, ai sensi degli articoli 3 quater e 3 quinquies del decreto legislativo 502/1992, le attività di cui all'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.
2. Le attività di cui al comma 1 sono garantite attraverso le strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale, le quali svolgono:
a) funzione di committenza, consistente nella definizione della programmazione dell'assistenza, attraverso l'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e delle risorse necessarie, nell'acquisizione dei servizi, nel monitoraggio dei risultati;
b) funzione di presa in carico, consistente nella definizione di un sistema di accesso ai servizi per garantire la continuità assistenziale della persona;
c) funzione di controllo, consistente nella verifica di appropriatezza delle prestazioni oggetto di committenza, nel monitoraggio sulla corretta applicazione degli accordi contrattuali stipulati, nella verifica del mantenimento dei requisiti strutturali e professionali per lo svolgimento delle attività di assistenza;
d) funzione di integrazione, consistente nella creazione e nel consolidamento di una rete di supporto tra le strutture per la funzione di produzione in relazione alle differenti aree di intervento;
e) funzione di produzione, consistente nell'erogazione dell'assistenza.
3. Le funzioni di presa in carico e di integrazione di cui al comma 2, lettere b) e d), sono assicurate dal distretto tramite l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza integrativa, l'assistenza protesica e l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale.
4. Le funzioni di committenza, controllo e produzione di cui al comma 2, lettere a), c) ed e), possono essere assicurate in forma aggregata fra più distretti, in relazione ai bacini d'utenza, tramite un dipartimento di assistenza distrettuale.
5. Il modello organizzativo di cui ai commi 3 e 4 trova applicazione graduale attraverso le linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 50.
6. Le attività di cui al comma 1, anche in considerazione dei relativi fabbisogni e standard di assistenza, da articolarsi nelle singole unità operative, sono specificate con deliberazione della Giunta regionale.
7. Sino all'approvazione della deliberazione di cui al comma 6 l'assistenza è garantita in relazione agli standard in essere alla data del 31 dicembre 2019, fatti salvi gli adeguamenti derivanti dall'avvio del nuovo assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario di cui alla legge regionale 27/2018.

Art. 16 organizzazione dell'assistenza medica primaria

1. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base di cui all'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, l'assistenza medica primaria, a regime, è assicurata dai medici di medicina generale (MMG) di assistenza primaria e di continuità assistenziale, nonché dai pediatri di libera scelta che vi concorrono per la fascia d'età di competenza, mediante rapporto di convenzione con il Servizio sanitario regionale.
2. Gli accordi integrativi regionali stipulati con i professionisti di cui al comma 1 individuano strumenti per assicurare in via transitoria, in deroga al valore ottimale dell'ambito territoriale, l'assistenza medica

primaria al fine di sopperire a situazioni di carenza della stessa nel territorio di competenza.
3. Gli enti del Servizio sanitario regionale, per garantire un modello multiprofessionale e interdisciplinare, possono prevedere forme organizzative complesse, integrate e diffuse per l'erogazione delle cure primarie in relazione alle specifiche esigenze del territorio di competenza, sia con riferimento alla presa in carico, sia per sviluppare la medicina d'iniziativa, sia per il governo clinico delle situazioni di cronicità, fragilità, complessità che richiedono il coordinamento e l'integrazione di attività di tutte le figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza.
4. Le forme organizzative comunque denominate in essere alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono la loro operatività e possono confluire progressivamente nelle nuove forme organizzative individuate ai sensi del comma 3 sulla base di indicazioni operative stabilite dagli accordi di cui al comma 2, nell'ambito delle risorse disponibili del Servizio sanitario regionale.

Art. 17 Dipartimento delle dipendenze e della salute mentale

1. Il Dipartimento delle dipendenze e della salute mentale (DDSM) è costituito da strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale, che si fanno carico, partecipando in relazione alle proprie peculiarità, della domanda di assistenza alla persona con dipendenze, anche comportamentali, e con disturbi mentali, ed è articolato attraverso attività, servizi e prestazioni:
a) per l'assistenza domiciliare;
b) per l'assistenza ambulatoriale;
c) per l'assistenza semiresidenziale;
d) per l'assistenza residenziale;
e) per l'assistenza ospedaliera.
2. Le funzioni del dipartimento di cui al comma 1 sono organizzate in due aree professionali autonome, una per le dipendenze e una per la salute mentale.
3. I servizi per le dipendenze assicurano, con metodo multidisciplinare, la prevenzione, la cura e la riabilitazione della persona.
4. Il Centro di salute mentale (CSM), struttura aziendale di primo riferimento per la persona con disturbi mentali, assicura l'assistenza in un ambito territoriale di almeno 50.000 abitanti, fatte salve deroghe al limite minimo per le zone montane e quelle a bassa densità abitativa.
5. Ciascuno dei presidi ospedalieri di cui all'articolo 28 assicura il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).
6. Le attività, i servizi e le prestazioni di cui al comma 1 in relazione ai livelli essenziali di assistenza, anche sociosanitaria, sono specificati con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 18 sedi distrettuali

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 6 della legge regionale 27/2018, nell'ambito di quanto stabilito dall'articolo 15 e in coerenza alla pianificazione e alla programmazione regionali, gli atti aziendali indicano le funzioni e le attività che sono assicurate nel territorio dei comuni sedi di presidio ospedaliero e, in particolare, dei seguenti comuni di sede distrettuale:
a) Azzano Decimo;
b) Cividale del Friuli;
c) Codroipo;
d) Cormons;
e) Gemona del Friuli;
f) Grado;
g) Maniago;
h) Sacile.
2. Le sedi distrettuali di cui al comma 1, oltre all'attività di assistenza ambulatoriale, assicurano lo svolgimento delle attività di cui all'articolo 20.
3. L'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, anche in collaborazione con la scuola di specializzazione in geriatria dell'Università degli studi di Udine, avvia presso la sede di Cividale del Friuli iniziative sperimentali per l'assistenza ai pazienti geriatrici e l'assistenza a persone affette da patologia cronica per sviluppare:
a) specifiche strutture ambulatoriali;
b) percorsi di cure domiciliari anche supportate da strumenti di telemedicina;
c) strutture di assistenza intermedia innovative finalizzate ad accogliere persone anche affette da patologie acute a bassa complessità non gestibili a domicilio.
4. Per sviluppare le reti per l'assistenza anche attraverso la valorizzazione dei servizi presenti sul territorio, presso la sede di Sacile è assicurata la funzione di riabilitazione per favorire il processo di raggiungimento per la persona del miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale e relazionale.

Art. 19 cure domiciliari

1. Il Servizio sanitario regionale, nell'ambito delle attività, dei servizi e delle prestazioni erogabili a livello di assistenza distrettuale, assicura percorsi assistenziali a domicilio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti al fine di stabilizzare il quadro clinico della persona, promuovere l'autonomia e il recupero funzionale e migliorarne la qualità della vita.
2. I percorsi assistenziali a domicilio di cui al comma 1 si basano su:
a) l'infermiere e il fisioterapista di famiglia e di comunità che operano in collaborazione con il medico di medicina generale (MMG) o il pediatra di libera scelta, responsabili clinici dell'assistenza, e le altre figure professionali;
b) la formazione e il sostegno organizzativo dei familiari;
c) la condivisione delle informazioni attraverso una gestione informatizzata dei processi e percorsi di presa in carico, anche attraverso la telemedicina quale strumento per garantire il monitoraggio assistenziale domiciliare.
3. L'assistenza domiciliare viene assicurata anche in caso di bisogni complessi con le modalità di cui al capo I.
4. L'organizzazione delle attività e dei servizi per l'erogazione delle cure domiciliari deve rispondere ai criteri di prossimità, di continuità e di integrazione con le risorse presenti nelle comunità servite secondo i principi dell'assistenza primaria orientata alla comunità.

Art. 20 strutture di assistenza intermedia

1. Le strutture di assistenza intermedia svolgono una funzione intermedia tra l'assistenza ospedaliera, riservata alle patologie acute e complesse, e i servizi erogati in sede di assistenza sociosanitaria domiciliare e di assistenza specialistica ambulatoriale.
2. Le strutture di cui al comma 1, destinate alla persona che, pur avendo superato la fase acuta, necessita di assistenza o monitoraggio continui e non rientra in condizioni per il trattamento ambulatoriale o domiciliare, assicurano:
a) riabilitazione estensiva dopo un episodio di ricovero in ospedale per acuti;
b) riabilitazione finalizzata a prevenire, ritardare e ridurre le conseguenze di esiti debilitanti, per la quale è necessario un progetto individuale;
c) trattamento di patologie acute di norma gestibili a domicilio, per casi in cui non è possibile mantenere la persona al proprio domicilio e per persone con disabilità gravi e persone con disabilità mentale;
d) accoglienza permanente o protratta senza possibilità di recupero;
e) cure palliative;
f) appoggio per indisponibilità improvvisa di colui che si prende cura della persona da assistere;
g) appoggio per sollievo dei familiari o di colui che si prende cura della persona da assistere;
h) assistenza sulle ventiquattro ore, per evitare il ricovero ospedaliero nel fine vita;
i) trattamento per disturbi del comportamento alimentare;
j) monitoraggio infermieristico sulle ventiquattro ore destinato a persone clinicamente stabili e a persone portatrici di malattie croniche.
3. Le strutture di assistenza intermedia sono:
a) residenze sanitarie assistenziali (RSA), con riferimento ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettere a), f) e g);
b) ospedali di comunità, con riferimento ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettera c);
c) hospice, con riferimento ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettere e) e h);
d) speciali unità di assistenza protratta (SUAP), con riferimento ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettera d);
e) strutture specificamente dedicate ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettera i);
f) strutture a gestione infermieristica per le attività, i servizi e le prestazioni di cui al comma 2, lettere f), g) e j);
g) strutture di riabilitazione funzionale ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), per le attività, i servizi e le prestazioni di cui al comma 2, lettera b);
h) strutture di riabilitazione funzionale finalizzate all'età evolutiva.
4. L'accesso alle strutture intermedie, che avviene sette giorni su sette, è definito:
a) programmato, preceduto da una valutazione multidimensionale per i casi più complessi;
b) programmato senza valutazione multidimensionale per casistiche omogenee e con condivisione fra presidio ospedaliero e dipartimento di assistenza distrettuale di cui all'articolo 15, comma 4;
c) programmato su esclusiva valutazione del distretto;

d) diretto dal pronto soccorso per le tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettere f) e h), con condivisione fra presidio ospedaliero e dipartimento di assistenza distrettuale di cui all'articolo 15, comma 4.
5. Per assicurare l'assistenza medica alle strutture di cui al comma 3, gli enti del Servizio sanitario regionale possono ricorrere a personale dipendente o a rapporto orario, ai sensi dell'accordo collettivo nazionale e degli accordi integrativi regionali per la medicina generale.

Art. 21 farmacie convenzionate

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale il Servizio sanitario regionale garantisce attività, servizi e prestazioni ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Le farmacie convenzionate assumono la funzione di "punti salute" distribuiti nel territorio.
2. La Regione stipula con le farmacie convenzionate accordi per disciplinare, anche in forma sperimentale, le modalità di erogazione di attività, servizi e prestazioni di cui al comma 1.
3. Nell'ambito degli accordi di cui al comma 2 sono previsti momenti formativi per i farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio, inerenti alle attività di cui al comma 1.

Art. 22 governo della presa in carico

1. Presso gli enti del Servizio sanitario regionale è assicurata la funzione di centrale operativa quale strumento per il governo della presa in carico e della continuità assistenziale.
2. La centrale operativa di cui al comma 1 assicura, in particolare:
a) identificazione dei bisogni;
b) integrazione tra attività, servizi e prestazioni dell'assistenza di prevenzione, dell'assistenza distrettuale, dell'assistenza ospedaliera nonché dell'assistenza di carattere sociale;
c) programmazione degli interventi di valutazione multidimensionale dei bisogni e progettazione personalizzata;
d) supporto alla continuità assistenziale;
e) supporto all'aderenza terapeutica;
f) supporto a campagne vaccinali;
g) supporto ai programmi di promozione della salute;
h) informazione all'utenza;
i) supporto ai programmi di promozione di stili di vita sani e interventi di prevenzione primaria e secondaria.

CAPO III - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Art. 23 dipartimento di prevenzione

1. Le attività, i servizi e le prestazioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica sono assicurati attraverso il Dipartimento di prevenzione ai sensi degli articoli 7 bis, 7 ter e 7 quater del decreto legislativo 502/1992 e sono specificati, anche in considerazione dei relativi fabbisogni e standard di assistenza, con deliberazione della Giunta regionale.
2. Per garantire i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, le aree dipartimentali di sanità pubblica, di tutela della salute negli ambienti di lavoro e di sanità pubblica veterinaria, sono articolate in strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale.
3. La Giunta regionale con la deliberazione di cui al comma 1 può individuare un ente del Servizio sanitario regionale presso il quale costituire strutture uniche regionali per le aree dipartimentali di cui al comma 2.
4. In relazione a peculiari attività a valenza sovra aziendale, gli enti del Servizio sanitario regionale possono assicurare le prestazioni attraverso la costituzione di gruppi tecnici interaziendali e multiprofessionali.

Art. 24 promozione della salute

1. La Regione, attraverso gli enti del Servizio sanitario regionale, diffonde la cultura della promozione della salute e promuove reti e collaborazioni che coinvolgano tutti i settori sanitari e non sanitari nei processi che consentono alle persone e alle comunità di esercitare un maggior controllo sui determinanti sociali, economici e ambientali della salute.
2. La Regione e gli enti del Servizio sanitario regionale sviluppano sistemi di valutazione, verifica, monitoraggio e miglioramento continuo dei risultati raggiunti attraverso iniziative e programmi di promozione della salute, sviluppati secondo i principi di evidenza scientifica. Sono sviluppati processi di informazione, comunicazione, partecipazione e coinvolgimento dei cittadini nelle iniziative di promozione della salute per perseguire elevati livelli di adesione e favorire il cambiamento individuale agli stili di vita sani e, attraverso la comunicazione, vengono partecipati a tutti i diversi portatori di interesse i risultati raggiunti e lo stato di salute della popolazione.

3. La promozione della salute a livello regionale viene sviluppata negli enti del Servizio sanitario regionale attraverso figure professionali dedicate e adeguatamente formate.

Art. 25 sanità e benessere animale

1. La Regione persegue il miglioramento delle attività assicurate dai servizi veterinari pubblici regionali favorendo azioni coordinate per l'uniformità degli interventi volti al benessere animale, quale componente essenziale di un sistema integrato per la tutela della salute e sicurezza alimentare.

CAPO IV - ASSISTENZA OSPEDALIERA

Art. 26 strutture ospedaliere

1. Il livello dell'assistenza ospedaliera assicura, ai sensi del decreto legislativo 502/1992, le attività di cui all'articolo 36 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.
2. Le attività di cui al comma 1 sono garantite attraverso le strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale.
3. Le attività di cui al comma 1, anche in considerazione dei relativi fabbisogni e standard di assistenza, ivi compresi i posti letto, da articolarsi nelle singole unità operative, sono specificate con deliberazione della Giunta regionale.
4. Sino all'approvazione della deliberazione di cui al comma 3 l'assistenza è garantita in relazione agli standard in essere alla data del 31 dicembre 2019, fatti salvi gli adeguamenti derivanti dall'avvio del nuovo assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario di cui alla legge regionale 27/2018.
5. Il presidio ospedaliero è la struttura aziendale che assicura:
a) l'assistenza sanitaria alla persona affetta da patologia a insorgenza acuta con rilevante compromissione funzionale;
b) l'assistenza sanitaria attraverso attività programmabili nell'ambito di un contesto tecnologicamente e organizzativamente complesso;
c) l'assistenza sanitaria alla persona con disabilità affetta da patologia a insorgenza acuta con rilevante compromissione funzionale.
6. L'assistenza, organizzata secondo il modello "hub and spoke" ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, è strutturata in base alla specializzazione, a livelli di complessità nonché alla differenziazione dell'offerta sanitaria, in relazione all'appropriatezza clinica e organizzativa. Il modello "hub and spoke" favorisce la progressiva specializzazione delle attività nelle sedi dei presidi ospedalieri. In ogni ente del Servizio sanitario regionale la rete di assistenza ospedaliera pubblica è assicurata, in relazione ai relativi presidi, in forma unitaria e in stretta collaborazione e integrazione con i servizi di assistenza primaria dei distretti. Le attività di ricovero in regime d'urgenza possono essere assicurate presso una sola sede del presidio ospedaliero e, qualora gli atti di programmazione regionale prevedano che le attività di ricovero in regime d'urgenza debbano essere garantite in più sedi del presidio ospedaliero, gli atti aziendali prevedono strutture distinte.
7. Presso tutte le strutture ospedaliere sono promossi e sostenuti, dal sistema sanitario regionale, in collaborazione con le associazioni delle persone con disabilità e loro familiari maggiormente rappresentative, percorsi specificamente strutturati di accoglienza e gestione delle persone con disabilità e loro familiari, che a vario titolo accedono ai servizi ospedalieri, specie per le persone con bisogni di sostegno complessi e per quelle non collaboranti.
8. Fermo restando quanto stabilito all'articolo 9 della legge regionale 27/2018 e in relazione a un'attuazione progressiva delle disposizioni di cui al decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), le funzioni dell'assistenza ospedaliera sono assicurate attraverso reti tra presidi ospedalieri classificati, in relazione ai livelli di complessità delle specialità cliniche presenti, nelle seguenti tipologie:
a) presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;
b) presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti;
c) presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle aziende presso le quali si realizza la collaborazione tra Servizio sanitario regionale e le università degli studi ai sensi del decreto legislativo 517/1999;
d) presidi ospedalieri specializzati.

Art. 27 presidi ospedalieri di base

1. I presidi ospedalieri di base di cui all'articolo 26, comma 8, lettera a), sono:
a) Gorizia e Monfalcone;
b) Latisana e Palmanova;
c) San Daniele del Friuli e Tolmezzo;

d) San Vito al Tagliamento e Spilimbergo.

Art. 28 presidi ospedalieri di I e II livello

1. I presidi ospedalieri di cui all'articolo 26, comma 8, lettera b) e lettera c), sono:
a) "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone: presidio di I livello;
b) "Santa Maria della Misericordia" di Udine: presidio di II livello;
c) "Cattinara e Maggiore" di Trieste: presidio di II livello.

Art. 29 presidi ospedalieri specializzati

1. I presidi ospedalieri specializzati di cui all'articolo 26, comma 8, lettera d), assicurano l'assistenza ospedaliera relativamente a peculiari specialità e sono:
a) Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste, specializzato nell'area materno infantile;
b) Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, specializzato nell'area oncologica;
c) Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta" con sede a Udine e a Gemona del Friuli, specializzato nell'area della riabilitazione.
2. I presidi ospedalieri specializzati assicurano funzioni "hub" per il territorio regionale, individuate con deliberazione della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 26, comma 3, e possono essere ridefinite anche in relazione alla programmazione regionale.
3. All'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste sono attribuite le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria e a ostetricia e ginecologia, per il territorio di competenza dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c), della legge regionale 27/2018 da svolgersi:
a) presso la sede di Trieste;
b) presso le sedi del presidio ospedaliero Gorizia e Monfalcone, di cui all'articolo 27, secondo la programmazione vigente.
4. Le modalità per il trasferimento delle funzioni di cui al comma 3, lettera b), sono definite con deliberazione della Giunta regionale.
5. L'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina assicurano la continuità assistenziale tra ospedale e territorio anche, ove opportuno, attraverso specifici modelli organizzativi.
6. Per garantire la continuità assistenziale l'Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta" assicura la definizione, lo sviluppo e il monitoraggio del progetto di assistenza e riabilitazione a favore di persone affette da mielolesione che accedono ad altre strutture pubbliche o private.
7. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati svolgono attività specialistica assicurando funzioni complementari e integrative per la rete di assistenza pubblica.

CAPO V - RETI PER L'ASSISTENZA

Art. 30 reti per l'assistenza

1. Al fine di rispondere alla crescente complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari della persona e al fine di migliorare la presa in carico, il Servizio sanitario regionale, anche in relazione a quanto stabilito all'articolo 9, commi 5 e 6, della legge regionale 27/2018, e in attuazione al decreto del Ministero della salute 70/2015, sviluppa il modello organizzativo di assistenza basato sui collegamenti in rete tra professionisti, strutture aziendali e servizi.
2. Al fine di assicurare lo sviluppo della continuità assistenziale, con deliberazione della Giunta regionale sono specificate le reti professionali per patologia con il compito di integrare le attività dell'assistenza ospedaliera con le attività dell'assistenza distrettuale, ivi comprese quelle dell'assistenza sociosanitaria.
3. Fatti salvi i centri già riconosciuti sulla base della previgente normativa, con deliberazione della Giunta regionale sono specificati criteri e modalità per l'identificazione, tra gli enti del Servizio sanitario regionale, dei centri di riferimento e specializzazione regionale. Il riconoscimento è effettuato con decreto del Direttore centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Art. 31 organizzazione nelle reti per l'assistenza

1. In relazione a quanto disposto all'articolo 30 e dall'articolo 10, comma 3, della legge regionale 27/2018, ciascun ente del Servizio sanitario regionale, anche per sviluppare la valorizzazione e la responsabilizzazione professionale, organizza:
a) le attività del presidio ospedaliero favorendo la collaborazione dell'equipe multidisciplinare;
b) le attività delle professioni sanitarie favorendone il raggruppamento in aree per l'assistenza.
2. Con deliberazione della Giunta regionale possono essere definiti indirizzi operativi per perseguire l'uniformità dell'organizzazione delle attività di cui al comma 1.

Art. 32 il sistema di emergenza urgenza territoriale

1. La funzione di emergenza urgenza territoriale è assicurata dalle aziende sanitarie di cui all'articolo 3, comma 1, lettere b), c) e d), della legge regionale 27/2018.
2. Al fine di garantire l'omogeneità negli standard di servizio e la massima integrazione delle attività di soccorso extraospedaliero, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute di cui all'articolo 3 della legge regionale 27/2018 assicura la funzione di coordinamento che esercita attraverso:
a) la gestione di strutture operative regionali;
b) la predisposizione della proposta di Piano regionale di emergenza urgenza extraospedaliera, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale.
3. Le aziende di cui al comma 1 esercitano la funzione attraverso una specifica articolazione organizzativa, funzionalmente afferente all'Azienda regionale di coordinamento per la salute.
4. Al fine di addivenire a una maggiore appropriatezza della presa in carico del paziente a medio-bassa criticità e per ridurre i tempi di attesa, gli enti del Servizio sanitario regionale, in relazione alle strutture di pronto soccorso, possono organizzare percorsi differenziati in base ai codici di accesso.
5. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute assicura il perseguimento dell'uniformità organizzativa tra le strutture regionali.

Art. 33 carenza medica

1. In attuazione alla normativa statale relativa alla carenza dei medici specialisti, la Regione attua una politica tesa al miglioramento continuo del sistema sanitario, anche attraverso la definizione dei fabbisogni formativi delle professioni sanitarie e dei medici specialisti quanto più coerente con i piani di fabbisogno di personale, anche nell'ottica di realizzare un'efficiente allocazione delle risorse umane.
2. Nelle more della definizione a livello statale di strumenti tesi a superare la situazione di carenza di cui al comma 1, qualora gli esiti delle procedure concorsuali o delle assunzioni non siano stati positivi, gli enti del Servizio sanitario regionale possono conferire incarichi libero professionali a medici specialisti in quiescenza, secondo modalità correlate alle esigenze assistenziali.
3. Al personale del Servizio sanitario regionale è riconosciuta pari dignità, nel rispetto dei peculiari ambiti di autonomia e responsabilità di ciascuna professione.
4. Al fine di fare fronte ai mutevoli bisogni assistenziali, la Regione promuove la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze del personale sanitario e favorisce il coinvolgimento di tutti i professionisti operanti nei diversi ambiti di attività che richiedono un'integrazione interdisciplinare secondo la pianificazione regionale.
5. Per le finalità di cui al comma 4, presso l'Azienda regionale di coordinamento per la salute sono costituiti gruppi di lavoro interprofessionali, senza nuovi o maggiori oneri per il Servizio sanitario regionale, con il compito di predisporre, sulla base di protocolli standardizzati condivisi fra il personale medico e la componente delle professioni sanitarie, linee di indirizzo approvate dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute, su temi stabiliti con deliberazione della Giunta regionale.
6. Ai gruppi di lavoro di cui al comma 5, oltre ai medici specialisti e alle professioni sanitarie coinvolte, partecipano anche un rappresentante dell'ordine professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e uno dell'ordine professionale di riferimento in relazione alla linea di attività, senza nuovi o maggiori oneri per il Servizio sanitario regionale.

Art. 34 soggetti erogatori privati accreditati

1. I soggetti erogatori privati accreditati concorrono alla definizione della rete di assistenza pubblica assicurando funzioni complementari o integrative per il Servizio sanitario regionale sulla base degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992.
2. Gli accordi contrattuali di cui al comma 1 sono finalizzati:
a) al contenimento dei tempi di attesa;
b) all'integrazione dell'attività di ricovero;
c) a supportare il sistema pubblico di assistenza in aree territoriali di difficile sostenibilità.
3. In relazione al sistema di finanziamento autonomo del Servizio sanitario regionale, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, gli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto del pareggio di bilancio e dell'invarianza dell'effetto finanziario, possono destinare all'acquisto di prestazioni dai soggetti erogatori privati accreditati di cui al comma 1, risorse fino al massimo del 6 per cento del finanziamento assegnato quale Fondo sanitario regionale di parte corrente.
4. Con deliberazione della Giunta regionale è definito il modello di concorrenza per la regolazione del rapporto con i soggetti erogatori privati accreditati.

CAPO VI - RETI DI COLLABORAZIONE

Art. 35 ruolo delle università e degli enti scientifici

1. La Regione e le Università degli studi di Trieste e di Udine collaborano per garantire un miglioramento

continuo nelle forme di assistenza alla popolazione e, a tal fine, individuano obiettivi e risorse per:
a) formazione di base, specialistica e continua post-lauream del personale del Servizio sanitario regionale;
b) ricerca clinica, traslazionale, di base, epidemiologica e organizzativa, anche individuando tematiche e risorse per lo sviluppo di settori di comune interesse;
c) attività assistenziali da garantire e sviluppare nel rispetto delle esigenze del Servizio sanitario regionale e delle funzioni universitarie di didattica e ricerca, anche adottando specifici modelli organizzativi innovativi;
d) promozione dell'innovazione in una prospettiva internazionale finalizzata a favorire il miglioramento della salute e la crescita sociale ed economica dell'intera comunità regionale.

2. Le risorse per la realizzazione delle attività di cui al comma 1, lettera b), sono concesse ai sensi dell'articolo 8, commi 24 e 25, della legge regionale 6 agosto 2015, n. 20 (Assestamento del bilancio 2015).

3. La Regione per le finalità di cui al comma 1 favorisce forme di collaborazione con la Scuola internazionale superiore di studi avanzati (SISSA) di Trieste e con enti scientifici di ricerca operanti sul territorio regionale.

Art. 36 cooperazione transfrontaliera sanitaria e sociosanitaria

1. La Regione incentiva, attraverso gli enti del Servizio sanitario regionale, lo sviluppo della cooperazione transfrontaliera in ambito sanitario e sociosanitario in relazione alla propria programmazione sanitaria e sociosanitaria.

2. Per gli enti del Servizio sanitario regionale che insistono sui territori di confine, la cooperazione transfrontaliera in relazione alla programmazione sanitaria e sociosanitaria può essere realizzata attraverso progetti che, nel relativo sviluppo, possono consolidarsi in reti di collaborazione permanente.

Art. 37 centro di formazione per l'assistenza sanitaria

1. Per il mantenimento costante di una formazione aggiornata e per orientare il Servizio sanitario regionale verso un processo continuo di sviluppo della qualità formativa quale leva per il miglioramento dell'assistenza, la formazione specifica in medicina generale di cui al titolo IV del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CE), nonché la formazione continua prevista dagli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, i medici pediatri di libera di scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari e altre professionalità sanitarie ambulatoriali, sono assicurate dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute che assume la funzione di Centro per la formazione in sanità.

2. Gli indirizzi di sviluppo delle funzioni di cui al comma 1 sono definiti con deliberazione della Giunta regionale sentite le organizzazioni sindacali di categoria.

3. Sino alla definizione di cui al comma 2, continuano a trovare applicazione i provvedimenti assunti sulla base della previgente normativa di cui all'articolo 8, commi da 7 a 11, della legge regionale 16 luglio 2010, n. 12 (Assestamento del bilancio 2010).

4. Le funzioni attribuite alla Regione e ad altri enti del Servizio sanitario regionale dalla normativa vigente, nell'ambito di quanto stabilito al comma 1, devono intendersi attribuite all'Azienda regionale di coordinamento per la salute, fatto salvo quanto stabilito al comma 2.

Art. 38 valorizzazione del personale

1. La Regione definisce gli indirizzi per la formazione, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane, per migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza dei servizi assistenziali assicurati sul territorio regionale.

2. In relazione a quanto stabilito al comma 1 e nell'ambito di quanto previsto all'articolo 4, comma 4, lettera c), punto 3), della legge regionale 27/2018, le iniziative di formazione e valorizzazione garantiscono l'acquisizione e lo sviluppo di competenze per i diversi livelli di assistenza e per le relative aree di attività, anche favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità, per realizzare omogeneità formativa indispensabile a mantenere livelli uniformi di assistenza sul territorio regionale.

3. La Regione, per effetto della trasformazione demografica e dei correlati cambiamenti delle condizioni e dei bisogni di salute della popolazione nonché del generale quadro epidemiologico, promuove la diffusione di modelli organizzativi per la valorizzazione delle professioni operanti nell'ambito del Servizio sanitario regionale ai sensi della legge regionale 16 maggio 2007, n. 10 (Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali).

4. Nel perseguire le finalità di cui alla presente legge anche elevando gli standard di welfare, in particolare di welfare generativo, gli enti del Servizio sanitario regionale e gli altri soggetti pubblici coinvolti nel sistema di assistenza promuovono iniziative di welfare aziendale secondo quanto previsto dai contratti

collettivi nazionali applicati.
5. Le organizzazioni sindacali e le rappresentanze dei cittadini sono una leva strategica al fine della promozione del cambiamento e del conseguimento delle finalità di cui alla presente legge.
6. Al fine di non disperdere il patrimonio di professionalità presente presso il personale dipendente degli enti del Servizio sanitario regionale, gli stessi promuovono iniziative di lavoro agile secondo quanto previsto dalla vigente normativa nazionale e contrattuale.
7. La Regione, al fine di addivenire a una progressiva omogeneità regionale, favorisce forme di confronto e contrattazione sovra aziendale presso l'Azienda regionale di coordinamento per la salute su specifiche materie e secondo quanto disciplinato dalle vigenti disposizioni nazionali e contrattuali.
8. Presso l'Azienda regionale di coordinamento per la salute possono essere costituite reti professionali tecnico-amministrative e dei servizi delle professioni sanitarie, con il compito di favorire l'adozione di procedure di qualità condivise su singoli temi, al fine di perseguire l'uniformità regionale e favorire adeguate forme di scambio di esperienze e di adozione comune delle migliori pratiche.
9. Gli enti del Servizio sanitario regionale orientano la gestione delle risorse umane a modelli di qualità anche secondo i migliori standard internazionali.

TITOLO III - SANITÀ DIGITALE E SVILUPPO TECNOLOGICO

Art. 39 informatizzazione del Servizio sanitario regionale

1. Nell'ambito di quanto previsto dalla legge regionale 14 luglio 2011, n. 9 (Disciplina del sistema informativo integrato regionale del Friuli Venezia Giulia), e dall'articolo 4 della legge regionale 27/2018 la Regione, per il tramite della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, con il supporto all'Azienda regionale di coordinamento per la salute, in particolare:
a) cura la progettazione, l'organizzazione, lo sviluppo e la conduzione del sistema informativo e telematico degli enti del Servizio sanitario regionale per le attività istituzionali e, al fine di garantire un efficace flusso informativo e il miglioramento dei processi clinici e amministrativi, pianifica le azioni e gli interventi necessari a realizzare l'interoperabilità e l'integrazione del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale (SISSR);
b) assicura l'attuazione delle azioni e degli interventi per la sanità digitale anche in relazione al programma triennale per lo sviluppo dell'ICT, dell'e-government e delle infrastrutture telematiche di cui all'articolo 3 della legge regionale 9/2011.

Art. 40 tecnologie sanitarie

1. Ai fini di garantire condizioni di sicurezza e ammodernamento tecnologico e organizzativo del Servizio sanitario regionale, per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, la procedura di cui all'articolo 33, comma 2, lettera b), punto 3), della legge regionale 10 novembre 2015, n. 26 (Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti), si applica anche a specifiche tecnologie sanitarie individuate con deliberazione della Giunta regionale.
2. Per le tecnologie di cui al comma 1 con deliberazione della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 33, comma 5, della legge regionale 26/2015, sono stabiliti gli standard di utilizzo o altri standard di riferimento.

TITOLO IV - PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIOSANITARIA
CAPO I - PROCESSO DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

Art. 41 pianificazione regionale

1. L'attività di pianificazione regionale sanitaria e sociosanitaria definisce gli obiettivi strategici nel lungo periodo.
2. Gli atti di pianificazione possono avere contenuto generale o settoriale.

Art. 42 soggetti della pianificazione

1. L'attività di pianificazione è svolta dalla Regione.
2. Partecipano all'attività di pianificazione, in relazione ai rispettivi ambiti di competenza, gli enti del Servizio sanitario regionale, gli enti locali, le università degli studi regionali, la Consulta regionale delle associazioni di persone disabili e delle loro famiglie di cui all'articolo 13 bis della legge regionale 25 settembre 1996, n. 41 (Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 <<Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate>>), le organizzazioni maggiormente rappresentative nel settore sanitario e sociale, gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini, nonché gli enti del Terzo settore di cui al decreto legislativo 117/2017.

Art. 43 strumenti della pianificazione dell'organo di governo

1. Gli strumenti della pianificazione regionale sanitaria e sociosanitaria, anche in considerazione dei Patti

per la salute tra Stato e Regioni, sono:
a) il piano regionale sanitario e sociosanitario;
b) i piani regionali settoriali;
c) i progetti obiettivo.
2. Gli strumenti di pianificazione di cui al comma 1 hanno durata triennale e possono essere aggiornati annualmente.

Art. 44 programmazione

1. L'attività di programmazione definisce gli obiettivi e le attività per la realizzazione degli obiettivi strategici individuati dalla Regione in sede di pianificazione regionale.

Art. 45 soggetti della programmazione

1. L'attività di programmazione è svolta dalla Regione, dagli enti del Servizio sanitario regionale e dagli enti locali.
2. Partecipano all'attività di programmazione, in relazione ai rispettivi ambiti di competenza, i soggetti di cui all'articolo 42, comma 2.

Art. 46 partecipazione degli enti locali all'attività di pianificazione e programmazione

1. Gli enti locali partecipano all'attività di pianificazione e programmazione in campo sanitario e sociosanitario attraverso:
a) il Consiglio delle autonomie locali ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12 (Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del Friuli Venezia Giulia, modifiche e integrazioni alla legge regionale 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali), a livello regionale;
b) la Conferenza dei sindaci ai sensi dell'articolo 7 della legge regionale 27/2018, a livello aziendale;
c) l'Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale 6/2006, a livello di distretto-ambito.
2. Alle sedute della Conferenza dei sindaci e dell'Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni può partecipare il direttore del distretto del territorio di relativa competenza.

Art. 47 strumenti della programmazione

1. Lo strumento fondamentale della programmazione regionale nel settore sanitario e sociosanitario è l'atto recante le linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale.
2. Fermo restando quanto disposto dal titolo III della legge regionale 26/2015, gli strumenti della programmazione sanitaria degli enti del Servizio sanitario regionale sono:
a) il piano attuativo, nel quale sono indicati gli interventi da realizzare e le risorse necessarie, sulla base della programmazione economica;
b) il programma preliminare degli investimenti, il programma triennale degli investimenti e l'elenco annuale degli investimenti da realizzare.
3. Gli enti del Servizio sanitario regionale regolano le attività sanitarie e sociosanitarie del distretto attraverso il programma delle attività territoriali (PAT).
4. Gli enti del Servizio sanitario regionale e gli enti locali attraverso un atto di intesa concordano le attività sociosanitarie relative all'intersettorialità di interventi, anche in relazione a quanto previsto dall'articolo 24 della legge regionale 6/2006.
5. Gli strumenti di programmazione di cui ai commi 2, 3 e 4 si raccordano con gli atti di pianificazione e programmazione regionali.

Art. 48 Piano regionale sanitario e sociosanitario

1. Il Piano regionale sanitario e sociosanitario definisce, in coerenza con i contenuti del Piano sanitario nazionale, dei Patti per la salute e dei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 502/1992, le strategie regionali in materia di sanità e di integrazione sociosanitaria e si raccorda con il Piano sociale regionale di cui all'articolo 23 della legge regionale 6/2006.
2. Il Piano regionale sanitario e sociosanitario è approvato dalla Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 12/2015 e previo parere della Commissione consiliare competente, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dallo stesso.
3. Il Piano regionale sanitario e sociosanitario è efficace fino all'approvazione del nuovo Piano.

Art. 49 piani regionali settoriali e progetti obiettivo

1. In relazione alle attività di pianificazione dei settori sanitario e sociosanitario, i piani regionali settoriali e i progetti obiettivo sono atti che intervengono su specifici settori.

2. I progetti obiettivo sono atti finalizzati all'aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, al fine di perseguire la più ampia tutela di soggetti fragili destinatari del progetto.
3. I piani di cui al comma 1 sono approvati con deliberazione della Giunta regionale secondo le modalità di cui all'articolo 48, comma 2.
4. I piani regionali settoriali e i progetti obiettivo sono efficaci fino all'approvazione dei relativi nuovi piani.

Art. 50 linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale

1. La Giunta regionale approva entro il 30 settembre le linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale con le quali vengono individuati gli obiettivi annuali e le modalità per la valutazione del loro raggiungimento, nell'ambito delle risorse disponibili per il finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale sulla base del bilancio regionale di previsione finanziaria triennale, nonché i criteri di finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale.
2. Le linee annuali di cui al comma 1 sono adottate previo parere del Consiglio delle autonomie locali ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 12/2015.

Art. 51 Piano triennale e di sviluppo strategico e organizzativo aziendale

1. Il processo di programmazione triennale a livello aziendale è volto a definire obiettivi strategici, politiche gestionali e linee di sviluppo organizzativo evolutive dell'ente nel medio termine, in coerenza con il Piano regionale sanitario e sociosanitario e con i piani regionali settoriali e progetti obiettivo.
2. Il direttore generale approva il piano di cui al comma 1 recante:
a) obiettivi strategici a livello aziendale;
b) politiche gestionali e interventi su struttura organizzativa, processi operativi e direzionali, nonché risorse.

Art. 52 approvazione e consolidamento degli atti di programmazione

1. La proposta del piano attuativo degli enti del Servizio sanitario regionale, predisposta ai sensi degli articoli 32 e 41 della legge regionale 26/2015, entro il 31 ottobre è approvata dal direttore generale e con immediatezza trasmessa, ove necessario in relazione ai relativi ambiti di competenza, alla Conferenza dei sindaci o al Consiglio delle autonomie locali, e all'Università degli studi, per l'acquisizione dei relativi pareri da rilasciarsi entro quindici giorni, decorsi i quali si prescinde dagli stessi.
2. La documentazione di cui al comma 1 è trasmessa, per le attività di negoziazione, all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Regione-Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.
3. Agli esiti delle attività di negoziazione il piano attuativo, corredato della relazione del collegio sindacale, è definitivamente approvato dal direttore generale entro il 30 novembre ed è trasmesso con immediatezza all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Regione-Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.
4. Ai sensi dell'articolo 32, comma 5, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), con deliberazione della Giunta regionale è approvato il "Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale".
5. Il Piano triennale e di sviluppo strategico e organizzativo aziendale di cui all'articolo 51 è approvato con le modalità di cui ai commi da 1 a 4, ed è aggiornato annualmente nell'ambito del piano attuativo.

Art. 53 funzioni di Governance

1. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute fornisce agli enti del Servizio sanitario regionale indicazioni operative e contabili ai fini di cui all'articolo 52, comma 4.
2. Le attività di negoziazione di cui all'articolo 52 sono curate:
a) dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute per quanto riguarda gli enti del Servizio sanitario regionale;
b) dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per quanto riguarda l'Azienda regionale di coordinamento per la salute.
3. Ai fini di quanto previsto all'articolo 52, comma 4, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute approva una proposta di "Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale" da sottoporre alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità al fine dell'approvazione con deliberazione della Giunta regionale.
4. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute assicura il sistema di controllo della gestione degli enti del Servizio sanitario regionale di cui al titolo III, capo IV, della legge regionale 26/2015 e fornisce indicazioni contabili agli enti del Servizio sanitario regionale.

Art. 54 atto aziendale

1. Ai fini dell'approvazione, entro il 30 aprile 2020, della deliberazione della Giunta regionale di cui dall'articolo 15, comma 6, per l'assistenza distrettuale, di cui all'articolo 17, comma 6, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, di cui all'articolo 23, comma 1, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, e di cui all'articolo 26, comma 3, e all'articolo 29, comma 2, per l'assistenza ospedaliera, e in relazione all'approvazione dei relativi atti aziendali, gli enti del Servizio sanitario regionale, entro il 29 febbraio 2020 propongono alla Regione e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la collocazione delle relative funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza.
2. Per gli effetti di cui al comma 1, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro il 31 marzo 2020, esprime alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità un parere di coerenza funzionale in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali.
3. L'approvazione delle deliberazioni di cui al comma 1 avviene previa informativa alla Commissione consiliare competente.
4. In relazione a quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, per le attività di assistenza distrettuale, dall'articolo 17, comma 1, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, dall'articolo 23, comma 2, per le attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, nonché dall'articolo 26, comma 2, per le attività di assistenza ospedaliera, e in coerenza a quanto stabilito ai sensi del comma 1, gli enti del Servizio sanitario regionale, entro il 31 maggio 2020, trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la proposta di atto aziendale recante la relativa disciplina di organizzazione e di funzionamento.
5. La complessità delle strutture aziendali, in relazione alle attività da garantire, è stabilita da ciascun direttore generale.
6. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro quindici giorni dal ricevimento della proposta di cui al comma 4, propone eventuali interventi correttivi ed esprime alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità il parere di compatibilità, anche economico finanziaria, in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali.
7. La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, acquisito il parere di compatibilità di cui al comma 6, rilascia all'ente il nulla osta per l'adozione o la modifica del relativo atto aziendale.

Art. 55 approvazione e consolidamento degli atti di controllo annuale

1. Per l'approvazione e il consolidamento degli atti di controllo annuale degli enti del Servizio sanitario regionale si applicano, in quanto compatibili, l'articolo 52, commi 1, 2 e 3, nonché l'articolo 53, comma 3.
2. Ai sensi dell'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 118/2011, con deliberazione della Giunta regionale è approvato il bilancio di esercizio consolidato dell'esercizio precedente.

CAPO II - MODIFICHE AL CAPO IV DELLA LEGGE REGIONALE 26/2015

Art. 56 sostituzione dell'articolo 43 della legge regionale 26/2015

1. L'articolo 43 della legge regionale 26/2015 è sostituito dal seguente:
<<Art. 43 processo di controllo
1. Il processo di controllo della gestione degli enti del Servizio sanitario regionale si articola in:
a) controllo trimestrale di cui all'articolo 44;
b) controllo annuale.
2. Gli obiettivi di performance degli enti del Servizio sanitario regionale sono monitorati dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute di cui all'articolo 3 della legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale), e detti enti possono presentare proposte di modifica in sede di rendicontazione trimestrale.
3. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute fornisce agli enti del Servizio sanitario regionale indicazioni operative ai fini del controllo di cui al comma 1.
4. Il processo di controllo della gestione dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute di cui al comma 1 è effettuato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.>>.

Art. 57 sostituzione dell'articolo 44 della legge regionale 26/2015

1. L'articolo 44 della legge regionale 26/2015 è sostituito dal seguente:
<<Art. 44 controllo trimestrale della gestione
1. Il Direttore generale è responsabile del risultato della gestione aziendale e ad esso competono, in particolare, i poteri e le attività di cui all'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo 502/1992.
2. Ai fini di cui al comma 1, il Direttore generale valuta, con periodicità almeno trimestrale l'andamento dei costi rispetto agli obiettivi di budget.
3. Il Direttore generale approva e trasmette con immediatezza all'Azienda regionale di coordinamento per la salute i report trimestrali rispettivamente entro il 31 maggio, il 31 luglio e il 31 ottobre.

4. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute utilizza i rendiconti di cui al comma 3 al fine del progressivo controllo sull'andamento degli enti del Servizio sanitario regionale rispetto al piano attuativo di cui all'articolo 32 e produce trimestralmente alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità un rapporto complessivo del Servizio sanitario regionale, anche in relazione agli investimenti.
5. La Giunta regionale approva, definendo gli eventuali interventi correttivi per l'anno in corso, il primo, il secondo e il terzo rendiconto trimestrale degli enti del Servizio sanitario regionale.>>.

Art. 58 modifiche all'articolo 45 della legge regionale 26/2015

1. All'articolo 45 la parola <<quadrimestrali>> è sostituita dalla seguente: <<trimestrali>>.

CAPO III - MODIFICHE ALLA LEGGE REGIONALE 6/2006

Art. 59 sostituzione dell'articolo 23 della legge regionale 6/2006

1. L'articolo 23 della legge regionale 6/2006 è sostituito dal seguente:
<<Art. 23 Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali
1. Il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, di seguito denominato Piano sociale regionale, promuove azioni volte a garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza e definisce politiche integrate per la prevenzione, riduzione ed eliminazione delle condizioni di bisogno e di disagio, nonché per il contrasto dell'istituzionalizzazione.
2. Il Piano sociale regionale è coordinato con la programmazione regionale in materia sanitaria, sociosanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali ed è predisposto in conformità ai principi di sussidiarietà e adeguatezza, secondo il metodo della concertazione.
3. Il Piano sociale regionale, tenuto conto delle politiche di cui al titolo III, capo I, indica in particolare:
a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, i fattori di rischio sociale da contrastare e i relativi indicatori di verifica;
b) le aree e le azioni prioritarie di intervento, nonché le tipologie dei servizi, degli interventi e delle prestazioni;
c) i livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire sul territorio regionale e le condizioni di esigibilità delle medesime;
d) le modalità di finanziamento del sistema integrato;
e) le esigenze e gli interventi relativi alla formazione di base e alla formazione permanente del personale, da realizzarsi anche tramite attività formative rivolte congiuntamente al personale appartenente al settore sanitario e al settore sociale;
f) i criteri per la sperimentazione di servizi e interventi volti a rispondere a nuovi bisogni sociali e a introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi;
g) i criteri generali per l'accreditamento dei soggetti che concorrono alla realizzazione e gestione del sistema integrato;
h) i criteri e le modalità per la predisposizione della Carta dei diritti e dei servizi sociali di cui all'articolo 28;
i) i criteri e le modalità per la predisposizione di interventi e progetti integrati nelle materie di cui al comma 2;
j) il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali per le diverse tipologie di utenza.
4. Il Piano sociale regionale ha durata triennale e conserva efficacia sino all'approvazione di quello successivo. È approvato dalla Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e previo parere della competente Commissione consiliare, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, trascorsi i quali si prescinde dallo stesso.
5. La rilevazione delle condizioni di bisogno di cui al comma 1 viene effettuata mediante l'utilizzo di indicatori omogenei ai settori sanitario e socioassistenziale, definiti dalla Giunta regionale.>>.

Art. 60 inserimento dell'articolo 23 bis nella legge regionale 6/2006

1. Dopo l'articolo 23 della legge regionale 6/2006 è inserito il seguente:
<<Art. 23 bis Piani regionali settoriali sociali
1. La Regione promuove la realizzazione del sistema integrato anche tramite l'adozione di atti di programmazione relativi a specifiche aree di intervento ovvero a problematiche sociali emergenti, di seguito denominati Piani regionali settoriali sociali.
2. I Piani regionali settoriali individuano gli obiettivi da conseguire, le azioni da realizzare e le relative modalità, le risorse dedicate, i tempi di realizzazione delle azioni programmate e definiscono le attività per la verifica e la valutazione dei risultati.
3. I Piani regionali settoriali sono approvati dalla Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e previo parere della competente Commissione consiliare, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dallo stesso.>>.

Art. 61 sostituzione dell'articolo 24 della legge regionale 6/2006

1. L'articolo 24 della legge regionale 6/2006 è sostituito dal seguente:
<<Art. 24 Piano di zona
1. Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti territoriali. Il PDZ costituisce inoltre mezzo di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato.
2. Il PDZ è definito in coerenza con la programmazione regionale ed è coordinato con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali.
3. Il PDZ è informato ai principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e deve garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo aiuto.
4. Il PDZ definisce in particolare:
a) l'analisi del bisogno;
b) gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;
c) gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;
d) le modalità organizzative dei servizi;
e) le attività di tipo integrato previste dagli articoli 55, 56 e 57;
f) le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi sociali locali e le quote rispettivamente a carico dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente e dei Comuni necessarie per l'integrazione sociosanitaria;
g) le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
h) le modalità di collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;
i) le forme di concertazione con l'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria;
j) le forme e gli strumenti comunicativi per favorire la conoscenza e la valutazione partecipata dei cittadini in merito alle attività, alle prestazioni e ai servizi disponibili, compresa la redazione, da parte degli enti e organismi gestori, del bilancio sociale.
5. Il PDZ può prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione sociosanitaria e di promozione di adeguati stili di vita, diretti a gruppi a rischio sociale o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell'individuo e della famiglia.
6. Il PDZ è definito dai Comuni associati di cui al comma 1, con il concorso dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, e di tutti i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000 attivi nella programmazione, nell'organizzazione e nella gestione del sistema integrato a livello locale. In particolare è assicurato il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106), nonché delle organizzazioni dei cittadini e delle loro associazioni.
7. Il PDZ è approvato con accordo di programma, promosso dal Presidente dell'Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni e sottoscritto dallo stesso, dai sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore generale dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente. È sottoscritto altresì dai Presidenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona e dai soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, i quali partecipano alla conferenza finalizzata alla stipulazione dell'accordo di programma e concorrono all'attuazione degli obiettivi del PDZ con risorse proprie.
8. Il PDZ ha durata triennale e conserva efficacia fino all'entrata in vigore di quello successivo. Il PDZ è aggiornato annualmente mediante Piani attuativi annuali (PAA) che declinano per l'anno di riferimento le azioni che si intendono realizzare e le relative risorse da impiegare.
9. Ai fini della programmazione congiunta delle attività di cui al comma 4, lettera e), che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale finalizzate a garantire, entro un quadro unitario, percorsi integrati per il benessere della persona, il PAA, di cui all'articolo 20, comma 3, lettera b), contiene un apposito allegato di programmazione integrata locale in materia sociosanitaria che prevede azioni individuate congiuntamente tra il Servizio sociale dei Comuni e l'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente con il coinvolgimento di tutte le strutture operative, relative alle seguenti aree di integrazione sociosanitaria:
a) prestazioni a persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse;
b) prestazioni a persone affette da patologie con indicazione di cure palliative;
c) prestazioni a persone con disabilità;
d) prestazioni a minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;
e) prestazioni a persone con disturbo mentale;

f) prestazioni a persone con dipendenza patologica;
g) prestazioni di assistenza distrettuale a minori, donne, coppie e famiglie.
10. Il documento recante le azioni programmate in materia di integrazione sociosanitaria, regolate con atto di intesa tra gli enti locali e gli enti del Servizio sanitario regionale, è allegato al PAA e al Piano attuativo del corrispondente ente del Servizio sanitario.>>.

Art. 62 sostituzione dell'articolo 27 della legge regionale 6/2006

1. L'articolo 27 della legge regionale 6/2006 è sostituito dal seguente:
<<Art. 27 Commissione regionale per le politiche sociali
1. Al fine di assicurare il concorso delle parti sociali nella determinazione delle politiche in materia socioassistenziale, sociosanitaria e socioeducativa, nonché nella definizione delle relative scelte programmatiche di indirizzo, è istituita la Commissione regionale per le politiche sociali, di seguito denominata Commissione regionale.
2. La Commissione regionale svolge funzioni consultive e propositive in materia di sistema integrato e può promuovere iniziative di conoscenza dei fenomeni sociali di interesse regionale.
3. La Commissione regionale è costituita con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente in materia di salute e protezione sociale, ed è composta da:
a) l'Assessore competente in materia di salute e protezione sociale, con funzioni di Presidente;
b) il Direttore centrale competente in materia di salute e protezione sociale o suo delegato;
c) il Direttore dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute o suo delegato;
d) i Direttori di Servizio competenti in materia di protezione sociale, integrazione socio sanitaria e Terzo settore o loro delegati;
e) due rappresentanti designati da ANCI Federsanità;
f) due rappresentanti designati dall'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) - Friuli Venezia Giulia;
g) un rappresentante designato dalla Conferenza dei Servizi sociali dei Comuni di cui all'articolo 20 bis;
h) tre rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul territorio regionale;
i) tre rappresentanti designati dal Forum del Terzo settore;
j) due rappresentanti designati dall'Ordine degli assistenti sociali;
k) un rappresentante designato dalla Commissione regionale per le pari opportunità tra uomo e donna;
l) due rappresentanti designati dalla Consulta regionale delle associazioni di persone disabili e delle loro famiglie.
4. La Commissione può essere validamente costituita con la nomina di almeno due terzi dei componenti, fatta salva la sua successiva integrazione.
5. Alle sedute della Commissione regionale partecipano gli assessori regionali competenti per le materie in discussione. In relazione agli argomenti trattati sono invitate a partecipare le associazioni rappresentative dei soggetti gestori dei servizi.
6. La Commissione regionale ha sede presso la Direzione centrale competente in materia di salute e protezione sociale e rimane in carica per la durata della legislatura regionale. Si riunisce almeno due volte all'anno, ogni volta che il Presidente lo ritenga necessario o entro trenta giorni dalla presentazione di una richiesta motivata di un terzo dei componenti. Le modalità di funzionamento della Commissione regionale, ivi inclusa la possibilità di articolazione in sottocommissioni, sono disciplinate con regolamento interno, approvato dalla Commissione stessa.
7. Le funzioni di segretario sono svolte da un dipendente regionale di categoria non inferiore a C, nominato dal Direttore centrale competente. Con deliberazione della Giunta regionale sono determinate le indennità destinate ai componenti della Commissione.>>.

TITOLO V - STRUTTURE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

Art. 63 autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie

1. L'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è rilasciata dal Comune in cui ha sede la struttura, nell'esercizio delle proprie competenze in materia edilizia ai sensi della normativa vigente.
2. Il Comune, nell'esercizio delle sue competenze, acquisisce dalla Regione, Direzione centrale competente in materia, il preventivo parere di compatibilità del progetto con il complessivo fabbisogno regionale e con la localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale.
3. Le modalità e gli ambiti di applicazione della verifica di compatibilità, con individuazione delle tipologie di strutture o dei settori di attività, sono stabiliti con deliberazione della Giunta regionale.
4. L'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e quella delle strutture private sono rilasciate, rispettivamente, dalla Regione, Direzione centrale competente in materia, e

dall'ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, sulla base della verifica di conformità ai requisiti prescritti.

5. Fatte salve quelle già rilasciate, l'autorizzazione per l'esercizio delle attività delle strutture sociosanitarie non gestite direttamente dall'ente del Servizio sanitario regionale è rilasciata dallo stesso.

6. Con regolamento, da adottarsi entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti:

a) i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le diverse tipologie di strutture sanitarie e sociosanitarie;

b) la procedura per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie e all'esercizio delle relative attività.

7. Fermo restando quanto previsto al comma 6, nelle more dell'adozione del regolamento, trovano applicazione i requisiti e le procedure stabiliti con i provvedimenti adottati sulla base della previgente normativa.

8. Il rilascio delle autorizzazioni per la realizzazione delle strutture e per l'esercizio delle attività non determina, in alcun modo, l'accreditamento delle strutture e la sussistenza degli accordi contrattuali.

Art. 64 accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie

1. L'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private è rilasciato dalla Regione, Direzione centrale competente in materia, subordinatamente alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, nonché della conformità ai requisiti adottati in coerenza con la vigente normativa di riferimento.

2. Con regolamento, da adottarsi entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti:

a) i requisiti ulteriori di qualificazione rispetto a quelli stabiliti ai fini autorizzativi di cui all'articolo 63;

b) la procedura per il rilascio e per il mantenimento dell'accreditamento delle strutture.

3. Fermo restando quanto stabilito al comma 2, nelle more dell'adozione del regolamento, trovano applicazione i requisiti e le procedure stabiliti con i provvedimenti adottati sulla base della previgente normativa.

4. La qualità di soggetto accreditato costituisce vincolo per gli enti del Servizio sanitario regionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate esclusivamente per effetto degli accordi contrattuali stipulati da detti enti con le strutture private accreditate.

5. La Giunta regionale, al fine di assicurare un'efficace competizione tra le strutture private accreditate, anche in considerazione di esigenze connesse all'assistenza espresse dagli enti del Servizio sanitario regionale, determina i limiti entro i quali procedere ad accreditare un numero di strutture che può essere superiore al fabbisogno programmato.

Art. 65 accordi contrattuali

1. Gli accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e gli accordi aziendali con le strutture accreditate sono definiti in coerenza con la programmazione regionale, che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi.

2. Gli enti del Servizio sanitario regionale territorialmente competenti, sulla base del fabbisogno programmato, selezionano le strutture private accreditate con le quali stipulare gli accordi contrattuali. Esclusivamente per effetto di detta stipula le strutture private accreditate erogano prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio sanitario regionale.

3. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabilite le procedure attuative di cui al comma 1.

4. I rapporti economici con gli erogatori privati di servizi sanitari si regolano tramite nomenclatori tariffari, repertori prestazionali e per specifici percorsi assistenziali omnicomprensivi. Le strutture sociosanitarie si remunerano per giornata di ospitalità connessa con l'intensità assistenziale della prestazione.

5. Con deliberazione della Giunta regionale sono approvati i nomenclatori tariffari, i repertori prestazionali e gli specifici percorsi assistenziali di cui al comma 4.

6. I criteri, i limiti e le modalità di remunerazione per le prestazioni erogate dalle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti sono definiti con regolamento da adottarsi entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

7. Dalla data di avvio del nuovo sistema di finanziamento di cui al comma 6 sono abrogati i commi da 1 a 5 bis dell'articolo 13 della legge regionale 8 aprile 1997, n. 10 (Legge finanziaria 1997).

Art. 66 controlli sulle prestazioni erogate

1. Ai fini dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni, con deliberazione della Giunta regionale sono stabiliti i criteri e le modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate sia dalle strutture pubbliche che dalle strutture private di cui all'articolo 65.

2. L'attività di controllo sulle prestazioni erogate è assicurata da un organismo istituito in seno alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, denominato Nucleo regionale di controllo, la cui

composizione è stabilita con la deliberazione giuntale di cui al comma 1. Il Nucleo è composto da più componenti, anche in rappresentanza dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute e la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità ne assume la presidenza.
3. Il Nucleo regionale di controllo, nominato con deliberazione della Giunta regionale, coordina e verifica l'appropriatezza e l'uniformità dei controlli di cui al comma 1 di competenza degli enti del Servizio sanitario regionale.
4. Con deliberazione della Giunta regionale è approvato il piano annuale dei controlli.

Art. 67 sanzioni amministrative

1. In caso di violazione della normativa vigente in materia di esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria trovano applicazione gli articoli 4 bis e 4 ter della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8 (Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali).

TITOLO VI - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 68 finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale

1. Il finanziamento del Servizio sanitario regionale è stabilito in relazione ai tre fondamentali livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 sulla base di criteri o percentuali rideterminabili annualmente con le linee per la gestione di cui all'articolo 50, al fine di perseguire progressivamente la convergenza tra costi e fabbisogni standard, in condizioni di efficienza e appropriatezza, coerentemente alla programmazione regionale.
2. La ripartizione delle risorse di cui al comma 1, in relazione alle attività assicurate dagli enti di cui all'articolo 3 della legge regionale 27/2018, viene effettuata in considerazione:
a) del numero della popolazione degli ambiti territoriali di competenza, corretto per età, indice di morbilità, esito assistenziale e indice di dipendenza assistenziale;
b) dei costi connessi alle funzioni assicurate, anche in relazione a specifici progetti o obiettivi.
3. Per i fini di cui al comma 1, il finanziamento in conto capitale del Servizio sanitario regionale avviene tenuto conto di quanto stabilito ai sensi dell'articolo 33 della legge regionale 26/2015.

TITOLO VII - DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 69 norma finanziaria

1. Per le finalità di cui agli articoli 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26 e 65, si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale -finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.
2. Per le finalità di cui all'articolo 35, comma 1, lettera a), si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) -Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.
3. Per le finalità di cui all'articolo 35, comma 1, lettera b), e comma 3, si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 7 (Ulteriori spese in materia sanitaria) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.
4. Per le finalità di cui all'articolo 37, comma 1, si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.
5. Per le finalità di cui all'articolo 39, comma 1, si provvede, relativamente alle spese correnti, a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 7 (Ulteriori spese in materia sanitaria) - Titolo n. 1 (Spese correnti) e, relativamente alle spese in conto capitale, a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 7 (Ulteriori spese in materia sanitaria) - Titolo n. 2 (Spese in conto capitale) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.
6. Per le finalità di cui all'articolo 40 si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 5 (Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari) - Titolo n. 1 (Spese correnti) e Titolo n. 2 (Spese in conto capitale) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.
7. Per le finalità di cui all'articolo 66 e all'articolo 27 della legge regionale 6/2006, come sostituito dall'articolo 62, si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 7 (Ulteriori spese in materia sanitaria) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.

Art. 70 clausola valutativa

1. Il Consiglio regionale controlla l'attuazione della presente legge e valuta i risultati ottenuti. A tal fine la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione annuale che descrive lo stato di attuazione degli adempimenti previsti.

2. In particolare, entro il 31 dicembre 2020 e successivamente entro il 30 giugno di ciascun anno, la Giunta regionale, anche alla luce dei risultati dell'attività di coordinamento e controllo effettuata dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute, ai sensi dell'articolo 4, comma 4, della legge regionale 27/2018, presenta al Consiglio regionale una relazione che contiene i risultati del processo di riorganizzazione rispetto alla situazione in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, in riferimento a:

a) andamento dei costi complessivi e dettagliati del sistema, in relazione all'ambito sanitario e sociosanitario;

b) stato di avanzamento dell'attuazione della presente legge, anche attraverso gli atti conseguenti previsti;

c) numero di atti di pianificazione e programmazione di cui al titolo IV, capo I, approvati e relativo grado di attuazione e raggiungimento degli obiettivi ivi stabiliti.

3. Le relazioni e i relativi atti consiliari che ne concludono l'esame sono pubblicati nel sito web del Consiglio regionale.

4. La Giunta regionale tiene conto degli esiti del controllo e della valutazione consiliare in occasione delle attività di pianificazione e programmazione di cui al titolo IV, capo I.

Art. 71 abrogazioni

1. Sono abrogate le norme regionali in contrasto con quanto previsto dalla presente legge e, in particolare:

a) la legge regionale 11 novembre 2013, n. 17 (Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale);

b) gli articoli 7, 8, 10 e 11 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 (Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale);

c) la legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria).

2. La legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), è abrogata a decorrere dall'1 gennaio 2020, fatta eccezione per l'articolo 5, comma 1, lettera e), e comma 9, e per l'articolo 29, commi 1 bis, 1 ter e 1 quater.

3. Tutti i riferimenti normativi e regolamentari alle disposizioni abrogate dal presente articolo devono intendersi come richiami alle norme corrispondenti della presente legge.

Art. 72 disposizioni transitorie

1. Il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" e il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", nominati ai sensi dell'articolo 12 della legge regionale 27/2018, ai fini di cui agli articoli 32 e 41 della legge regionale 26/2015, a garanzia della continuità dell'assistenza, approvano gli atti di programmazione aziendale sanitaria e sociosanitaria in relazione all'avvio del nuovo assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale di cui alla legge regionale 27/2018, sulla base di quanto stabilito dalle linee annuali per la gestione di cui all'articolo 50.

2. Fino al 31 dicembre 2019, gli atti di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria sono adottati sulla base della previgente normativa.

3. Per l'anno 2020 i direttori generali dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina e dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale recepiscono, entro il 10 gennaio 2020, la programmazione della gestione commissariale degli enti del Servizio sanitario regionale come stabilito dall'articolo 11 della legge regionale 27/2018.

4. Il direttore generale dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, ai fini del controllo annuale, approva gli atti della soppressa Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" e della soppressa Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste. Il direttore generale dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, ai fini del controllo annuale, approva gli atti della soppressa Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" e della soppressa Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine.

5. Le poste di credito e debito risultanti dagli atti della soppressa Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" sono trasferite nel bilancio dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina.

Art. 73 norma di rinvio

1. Per quanto non disposto dalla presente legge, si applicano il decreto legislativo 502/1992, il decreto legislativo 517/1999 e le altre norme statali e regionali vigenti.

Art. 74 entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.
Data a Trieste, addì 12 dicembre 2019

FEDRIGA

NOTE

Avvertenza

Il testo delle note qui pubblicate è stato redatto ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 13 maggio 1991, n. 18, come da ultimo modificato dall'articolo 85, comma 1, della legge regionale 30/1992, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio.

Il testo riportato tra le parentesi quadre è abrogato.

Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note all'articolo 1

- Il testo dell'articolo 5 della legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1, è il seguente:

Art. 5

Con l'osservanza dei limiti generali indicati nell'art. 4 ed in armonia con i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato nelle singole materie, la Regione ha potestà legislativa nelle seguenti materie:

1) [elezioni del Consiglio regionale, in base ai principi contenuti nel capo secondo del titolo terzo];

2) disciplina del referendum previsto negli artt. 7 e 33;

3) istituzione di tributi regionali prevista nell'art. 51;

4) disciplina dei controlli previsti nell'articolo 60;

5) [ordinamento e circoscrizione dei Comuni];

6) istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;

7) disciplina dei servizi pubblici di interesse regionale ed assunzione di tali servizi;

8) ordinamento delle Casse di risparmio, delle Casse rurali; degli Enti aventi carattere locale o regionale per i finanziamenti delle attività economiche nella Regione;

9) istituzione e ordinamento di Enti di carattere locale o regionale per lo studio di programmi di sviluppo economico;

10) miniere, cave e torbiere;

11) espropriazione per pubblica utilità non riguardanti opere a carico dello Stato;

12) linee marittime di cabotaggio tra gli scali della Regione;

13) polizia locale, urbana e rurale;

14) utilizzazione delle acque pubbliche, escluse le grandi derivazioni; opere idrauliche di 4ª e 5ª categoria;

15) istruzione artigiana e professionale successiva alla scuola obbligatoria; assistenza scolastica;

16) igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché il recupero dei minorati fisici e mentali;

17) cooperazione, compresa la vigilanza sulle cooperative;

18) edilizia popolare;

19) toponomastica;

20) servizi antincendi;

21) annona;

22) opere di prevenzione e soccorso per calamità naturali.

- Il testo dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è il seguente:

Art. 1
(Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3, e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di

offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) l'assistenza distrettuale;

c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;

b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;

b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;

c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;

d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;

e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socioassistenziali degli enti locali;

f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;

h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura

sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;

i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;

b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;

c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;

d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;

e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e

comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460. Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'articolo 8-quinquies.

Note all'articolo 4

- Il testo dell'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 3 septies
(Integrazione sociosanitaria)

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei princìpi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il

Ministro per la funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3-quinquies, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

- Il capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, reca: ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

Nota all'articolo 8

- Il testo dell'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, è il seguente:

Art. 21
(Percorsi assistenziali integrati)

1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semi-residenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

3. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

4. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.

Note all'articolo 10

- Il testo dell'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381, è il seguente:

Art. 5
(Convenzioni)

1. Gli enti pubblici, compresi quelli economici, e le società di capitali a partecipazione pubblica, anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della pubblica amministrazione, possono stipulare convenzioni con le cooperative che svolgono le attività di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), ovvero con analoghi organismi aventi sede negli altri Stati membri della Comunità europea, per la fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi il cui importo stimato al netto dell'IVA sia inferiore agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, purché tali convenzioni siano finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate di cui all'articolo 4, comma 1. Le convenzioni di cui al presente comma sono stipulate previo svolgimento di procedure di selezione idonee ad assicurare il rispetto dei princìpi di trasparenza, di non discriminazione e di efficienza.

2. Per la stipula delle convenzioni di cui al comma 1 le cooperative sociali debbono risultare iscritte all'albo regionale di cui all'articolo 9, comma 1. Gli analoghi organismi aventi sede negli altri Stati membri della Comunità europea debbono essere in possesso di requisiti equivalenti a quelli richiesti per l'iscrizione a tale albo e risultare iscritti nelle liste regionali di cui al comma 3, ovvero dare dimostrazione con idonea documentazione del possesso dei requisiti stessi.

3. Le regioni rendono noti annualmente, attraverso la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee, i requisiti e le condizioni richiesti per la stipula delle convenzioni ai sensi del comma 1, nonché le liste regionali degli organismi che ne abbiano dimostrato il possesso alle competenti autorità regionali.

4. Per le forniture di beni o servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi, il cui importo stimato al netto dell'IVA sia pari o superiore agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, gli enti pubblici compresi quelli economici, nonché le società di capitali a partecipazione pubblica, nei bandi di gara di appalto e nei capitolati d'onere possono inserire, fra le condizioni di esecuzione, l'obbligo di eseguire il contratto con l'impiego delle persone svantaggiate di cui all'articolo 4, comma 1, e con l'adozione di specifici programmi di recupero e inserimento lavorativo. La verifica della capacità di adempiere agli obblighi suddetti, da condursi in base alla presente legge, non può intervenire nel corso delle procedure di gara e comunque prima dell'aggiudicazione dell'appalto.

- Il testo degli articoli 112 e 143 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, è il seguente:

Art. 112
(Appalti e concessioni riservati)

1. Fatte salve le disposizioni vigenti in materia di cooperative sociali e di imprese sociali, le stazioni appaltanti possono riservare il diritto di partecipazione alle procedure di appalto e a quelle di concessione o possono riservarne l'esecuzione adoperatori economici e a cooperative sociali e loro consorzi il cui scopo principale sia l'integrazione sociale e professionale delle persone con disabilità o svantaggiate o possono riservarne l'esecuzione nel contesto di programmi di lavoro protetti quando almeno il 30 per cento dei lavoratori dei suddetti operatori economici sia composto da lavoratori con disabilità o da lavoratori svantaggiati.

2. Ai sensi del presente articolo si considerano soggetti con disabilità quelli di cui all'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, le persone svantaggiate, quelle previste dall'articolo 4 della legge 8 novembre 1991, n. 381, gli ex degenti di ospedali psichiatrici, anche giudiziari, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, le persone detenute o internate negli istituti penitenziari, i condannati e gli internati ammessi alle misure alternative alla detenzione e al lavoro all'esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni.

3. Il bando di gara o l'avviso di preinformazione danno espressamente atto che si tratta di appalto o concessione

riservata.

- omissis -

Art. 143
(Appalti riservati per determinati servizi)

1. Le stazioni appaltanti possono riservare alle organizzazioni di cui al comma 2 il diritto di partecipare alle procedure per l'aggiudicazione di appalti pubblici esclusivamente per i servizi sanitari, sociali e culturali di cui all'allegato IX, identificati con i codici CPV 75121000-0, 75122000-7, 75123000-4, 79622000-0, 79624000-4, 79625000-1, 80110000-8, 80300000-7, 80420000-4, 80430000-7, 80511000-9, 80520000-5, 80590000-6, da 85000000-9 a 85323000-9, 92500000-6, 92600000-7, 98133000-4, 98133110-8.

2. Gli affidamenti di cui al comma 1 devono soddisfare tutte le seguenti condizioni:

a) l'organizzazione ha come obiettivo statutario il perseguimento di una missione di servizio pubblico legata alla prestazione dei servizi di cui al comma 1;

b) i profitti dell'organizzazione sono reinvestiti al fine di conseguire l'obiettivo dell'organizzazione. Se i profitti sono distribuiti o redistribuiti, ciò dovrebbe basarsi su considerazioni partecipative;

c) le strutture di gestione o proprietà dell'organizzazione che esegue l'appalto sono basate su principi di azionariato dei dipendenti o partecipativi, ovvero richiedono la partecipazione attiva di dipendenti, utenti o soggetti interessati;

d) l'amministrazione aggiudicatrice interessata non ha aggiudicato all'organizzazione un appalto per i servizi in questione a norma del presente articolo negli ultimi tre anni.

3. La durata massima del contratto non supera i tre anni.

4. Il bando è predisposto nel rispetto di quanto previsto dal presente articolo.

- Il testo dell'articolo 35 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, è il seguente:

Art. 35
(Affidamento dei servizi)

1. Per l'affidamento dei servizi del sistema integrato si procede all'aggiudicazione secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenuto conto dei diversi elementi di qualità dell'offerta. È esclusa l'aggiudicazione basata esclusivamente sul criterio del prezzo più basso. Alla valutazione del prezzo offerto non può essere attribuito più del 15 per cento dei punti totali previsti in sede di capitolato d'appalto.

2. L'affidamento dei servizi avviene altresì nel rispetto delle clausole dei contratti collettivi nazionali e degli accordi regionali, territoriali e aziendali di riferimento, sia per la parte economica che per la parte normativa, poste a garanzia del mantenimento del trattamento giuridico ed economico dei lavoratori interessati, ivi compresi i soci lavoratori di cooperative, nonché nel rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.

3. Alla realizzazione degli interventi e servizi di cui alla presente legge si provvede secondo modalità che ne garantiscano la continuità.

4. Al soggetto aggiudicatario dei servizi è fatto divieto, pena la revoca dell'affidamento, nonché l'applicazione delle sanzioni previste dalla legge, di subappaltare i servizi stessi.

5. La Giunta regionale definisce con atto di indirizzo le modalità di affidamento dei servizi del sistema integrato

conformemente a quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 marzo 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'articolo 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 agosto 2001, n. 188.

6. L'atto di indirizzo è approvato previo parere della competente Commissione consiliare, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta. Decorso inutilmente tale termine, si prescinde dal parere.

- Il capo IV della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20, reca: STRUMENTI DI RELAZIONE TRA COOPERATIVE SOCIALI ED ENTI PUBBLICI

- Il testo dell'articolo 43 della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26, è il seguente:

Art. 43
(Finalità della Centrale unica di committenza regionale)

1. La Regione istituisce, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007), all'interno del proprio ordinamento, la Centrale unica di committenza regionale per l'acquisto di beni e la fornitura di servizi, a favore:

a) dell'Amministrazione regionale e degli enti regionali di cui al decreto del Presidente della Regione 27 agosto 2004, n. 0277/Pres. (Regolamento di organizzazione dell'amministrazione regionale e degli enti regionali), e successive modifiche e integrazioni;

b) degli enti locali della Regione.

1 bis. La Centrale unica di committenza regionale può operare altresì a favore delle società in house della Regione e degli enti strumentali regionali non ricompresi nella previsione di cui al comma 1, lettera a), per il perseguimento di finalità di interesse regionale, previa stipula di apposita convenzione.

2. L'istituzione della Centrale unica di committenza regionale costituisce attuazione delle disposizioni statali sulla razionalizzazione della spesa e sugli obblighi di aggregazione degli acquisti.

3. La Centrale unica di committenza regionale si qualifica quale soggetto aggregatore, ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale), convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

4. L'azione della Centrale unica di committenza regionale è volta ad aggregare e standardizzare le domande di interesse generale, monitorare i consumi di beni e servizi, assicurare la trasparenza del mercato degli appalti pubblici di servizi e forniture, stimolare l'ordinato sviluppo delle capacità concorrenziali, adeguare gli standard di qualità agli effettivi fabbisogni e semplificare i processi di acquisto, perseguendo altresì il miglioramento dell'efficienza delle attività delle pubbliche amministrazioni e il potenziamento delle loro capacità operative, nonché l'economicità di gestione.

4 bis. L'azione della Centrale unica di committenza regionale, nei casi previsti dalla legislazione statale in materia di centralizzazione della committenza, è volta altresì a centralizzare le funzioni di stazione appaltante.

5. La Regione favorisce la partecipazione delle piccole e medie imprese e delle imprese sociali alle diverse procedure di approvvigionamento della Centrale unica di committenza regionale, anche attraverso il confronto con le organizzazioni di categoria. La Centrale unica di committenza regionale, per quanto concerne le procedure di gara,

applica di norma quanto previsto dall'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), dall'articolo 35 della legge regionale 6/2006 e dal Capo IV della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20 (Norme in materia di cooperazione sociale).

Note all'articolo 15

- Il testo degli articoli 6 e 9 della legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27, è il seguente:

Art. 6
(Articolazione delle Aziende sanitarie regionali)

1. Le Aziende sanitarie regionali di cui all'articolo 3, attraverso le relative strutture, erogano le prestazioni per assicurare i seguenti livelli di assistenza:

a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;

b) assistenza distrettuale;

c) assistenza ospedaliera.

2. Le Aziende di cui all'articolo 3, comma 1, lettere b), c) e d), ai sensi dell'articolo 3 quater del decreto legislativo 502/1992, articolano i relativi ambiti territoriali in distretti individuati dal relativo organo di vertice, previo parere obbligatorio dei Comuni coinvolti da rendersi nel termine perentorio di trenta giorni dalla richiesta, garantendo una popolazione minima di almeno cinquantamila abitanti. Sono concesse deroghe al limite minimo per i distretti delle zone montane, dei comuni turistici e delle zone a bassa densità della popolazione residente.

3. Il territorio di competenza del distretto coincide con il territorio dell'ambito del Servizio sociale dei Comuni, o ne è multiplo; qualora detto ambito abbia una popolazione superiore a 200.000 abitanti, il territorio di competenza del distretto potrà costituirne frazione.

- omissis -

Art. 9
(Strutture aziendali)

1. Il modello ordinario di gestione operativa delle attività degli enti del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo 502/1992, è l'organizzazione dipartimentale delle strutture aziendali.

2. Le strutture aziendali, qualificate in strutture complesse, semplici e piattaforme assistenziali, sono articolazioni organizzative individuate in relazione alla omogeneità della disciplina di riferimento, alle relative funzioni e alle dimensioni del bacino di utenti, e ad esse sono attribuite, attraverso l'atto aziendale, responsabilità professionali e responsabilità gestionali. Più strutture aziendali costituiscono un dipartimento clinico, gestionale o funzionale.

3. Le strutture di cui al comma 2 concorrono al perseguimento degli obiettivi di salute anche per assicurare unitarietà negli interventi e nella continuità assistenziale.

4. L'assistenza è organizzata secondo il modello "hub and spoke" e secondo il principio delle reti cliniche. L'attività dei presidi ospedalieri hub è integrata e coordinata con l'attività dei presidi ospedalieri spoke. I presidi, sia hub che spoke, sono dotati di autonomia organizzativa, gestionale e contabile, con proprio dirigente amministrativo di presidio e dirigente medico di presidio, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, del decreto legislativo 502/1992, e sono organizzati in centri di costo e di responsabilità, nell'ambito di quanto definito nell'atto aziendale. Le sedi

ospedaliere, articolazioni dei presidi, sono dotate di autonomia organizzativa, gestionale e contabile, con proprio dirigente medico di sede ospedaliera, e sono organizzate in centri di costo e di responsabilità, nell'ambito di quanto stabilito nell'atto aziendale. Nel caso di presidio ospedaliero con più sedi ospedaliere, il dirigente medico di presidio svolge anche le funzioni e i compiti di dirigente medico di una sede ospedaliera.

5. Le strutture di cui al comma 2 contribuiscono alla realizzazione delle reti cliniche che costituiscono il modello organizzativo per assicurare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale attraverso relazioni, anche di coordinamento, tra professionisti, strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie di tipologia e livelli diversi nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Le reti cliniche articolano e integrano l'assistenza ospedaliera e quella territoriale.

6. L'organizzazione dell'assistenza persegue i seguenti livelli di integrazione:

a) tra i presidi dell'azienda;

b) tra i presidi dell'azienda e l'area territoriale;

c) tra le reti cliniche regionali.

7. Alla organizzazione e conduzione delle reti cliniche partecipano anche gli IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano.

- Il testo degli articoli 3 quater e 3 quinquies del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 3-quater
(Distretto)

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;

b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione,

concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

Art. 3-quinquies
(Funzioni e risorse del distretto)

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

2. Il distretto garantisce:

a) assistenza specialistica ambulatoriale;

b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;

c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;

d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

- Il testo dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, è il seguente:

Art. 3
(Aree di attività dell'assistenza distrettuale)

1. Il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attività:

a) assistenza sanitaria di base;

b) emergenza sanitaria territoriale;

c) assistenza farmaceutica;

d) assistenza integrativa;

e) assistenza specialistica ambulatoriale;

f) assistenza protesica;

g) assistenza termale;

h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;

i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Nota all'articolo 16

- Il testo dell'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, è il seguente:

Art. 4
(Assistenza sanitaria di base)

1. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce in particolare le seguenti attività e prestazioni:

a) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;

b) l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;

c) l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;

d) l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita, in collaborazione con le strutture consultoriali ed ospedaliere, e a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, il consulto con lo specialista e la continuità assistenziale nelle fasi dell'accesso al ricovero ospedaliero, della degenza e in quella successiva alla dimissione, con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico ed evolutivo;

e) il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro-sensoriali e psichici ed alla individuazione precoce di problematiche anche socio sanitarie;

f) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

g) la prescrizione di medicinali inclusi nel prontuario terapeutico nazionale, la prescrizione di prestazioni specialistiche incluse nel Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, la proposta di prestazioni di assistenza integrativa, la proposta di ricovero e la proposta di cure termali;

h) le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;

i) l'esecuzione degli screening previsti dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;

j) l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilità a raggiungere lo studio del medico perché non deambulanti, o con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale;

k) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, nonché ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;

l) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto del Ministro della sanità del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni, art. 3, lettera a) e c) nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;

m) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;

n) la certificazione per la riammissione al lavoro, laddove prevista;

o) le vaccinazioni obbligatorie e le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio;

p) l'osservazione e la rilevazione di reazioni indesiderate post-vaccinali.

Nota all'articolo 17

- Per il testo dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, vedi nota all'articolo 15 della presente legge.

Nota all'articolo 18

- Per il testo dell'articolo 6 della legge regionale 27/2018, vedi nota all'articolo 15 della presente legge.

Nota all'articolo 20

- Il testo dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

Art. 26
(Prestazioni di riabilitazione)

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo

comma dell'art. 3.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore-tariffario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica.

Nota all'articolo 21

- Il testo dell'articolo 8 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, è il seguente:

Art. 8
(Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate)

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali appartenenti alla classe a) di cui all'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, la cui erogazione non sia affidata direttamente alle strutture sanitarie regionali. Limitatamente ai medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosaggio unitario uguali, la fornitura attraverso le farmacie è assicurata fino alla concorrenza del prezzo più basso fra quelli dei farmaci disponibili nel normale ciclo distributivo regionale; se per tale tipologia di medicinali l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha fissato il prezzo massimo di rimborso ai sensi dell'art. 11 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e tale prezzo è inferiore al più basso dei prezzi dei medicinali considerati, la fornitura attraverso la farmacia è assicurata fino a concorrenza del prezzo massimo di rimborso.

2. Attraverso le medesime farmacie sono inoltre assicurati i nuovi servizi individuati dai decreti legislativi adottati ai sensi dell'art. 11, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, nel rispetto di quanto previsto dai piani regionali socio-sanitari e nei limiti delle risorse rese disponibili in attuazione del citato art. 11, comma 1, lettera e).

Note all'articolo 23

- Il testo degli articoli 7 bis, 7 ter e 7 quater del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 7-bis
(Dipartimento di prevenzione)

1. Le regioni disciplinano l'istituzione e l'organizzazione del dipartimento della prevenzione secondo i principi contenuti nelle disposizioni del presente articolo e degli articoli 7-ter e 7-quater. Il dipartimento di prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

2. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Art. 7-ter
(Funzioni del dipartimento di prevenzione)

1. In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;

b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;

c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;

d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;

e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;

f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

f-bis) tutela della salute nelle attività sportive.

2. Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Art. 7-quater
(Organizzazione del dipartimento di prevenzione)

1. Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore del dipartimento è scelto dal direttore generale tra i direttori di struttura complessa del dipartimento con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

2. Le regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate a:

a) igiene e sanità pubblica;

b) igiene degli alimenti e della nutrizione;

c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

d) sanità animale;

e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;

f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

4. Le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

4-bis. L'articolazione delle aree dipartimentali nelle strutture organizzative di cui al comma 2 rappresenta il livello di organizzazione che le regioni assicurano per garantire l'esercizio delle funzioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, nonché l'osservanza degli obblighi previsti dall'ordinamento dell'Unione europea.

4-ter. Le regioni assicurano che le strutture organizzative di cui alle lettere b), d), e) e f) del comma 2 siano dotate di personale adeguato, per numero e qualifica, a garantire le finalità di cui al comma 4-bis, nonché l'adempimento degli obblighi derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea in materia di controlli ufficiali, previsti dal regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004.

4-quater. Le strutture organizzative di cui al comma 2 sono possibilmente individuate quali strutture complesse.

5. Nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica ovvero di altre funzioni di prevenzione comprese nei livelli essenziali di assistenza.

- Il testo dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, è il seguente:

Art. 2
(Aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica)

1. Nell'ambito della Prevenzione collettiva e sanità pubblica, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi nonché avvalendosi dei medici ed i pediatri convenzionati, le seguenti attività:

a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;

b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;

c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

d) salute animale e igiene urbana veterinaria;

e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;

f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;

g) attività medico legali per finalità pubbliche.

2. Nell'ambito delle attività di cui al comma 1, il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni indicate nell'allegato 1 al presente decreto.

- Per il testo dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, vedi nota all'articolo 15 della presente legge.

Note all'articolo 26

- Il testo dell'articolo 36 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, è il seguente:

Art. 36
(Aree di attività dell'assistenza ospedaliera)

1. Il livello dell'assistenza ospedaliera si articola nelle seguenti aree di attività:

a. pronto soccorso;

b. ricovero ordinario per acuti;

c. day surgery;

d. day hospital;

e. riabilitazione e lungodegenza post acuzie;

f. attività trasfusionali;

g. attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;

h. centri antiveleni (CAV).

- Per il testo dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, vedi nota all'articolo 15 della presente legge.

Nota all'articolo 29

- Il testo dell'articolo 3 della legge regionale 27/2018, è il seguente:

Art. 3
(Enti del Servizio sanitario regionale)

1. Il Servizio sanitario regionale è composto dai seguenti enti dotati di personalità giuridica di diritto pubblico:

a) l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS);

b) l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AS FO);

c) l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI);

d) l'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC).

2. Il Servizio sanitario regionale è composto, oltre che dagli enti di cui al comma 1, da:

a) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste (IRCCS Burlo);

b) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano (IRCCS CRO).

3. Per gli enti di cui al comma 1 trovano applicazione le leggi concernenti la disciplina delle aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992 e delle aziende di cui al decreto legislativo 517/1999.

4. Gli enti istituiti ai sensi del comma 1, lettere a), c) e d), sono costituiti con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

Nota all'articolo 30

- Per il testo dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, vedi nota all'articolo 15 della presente legge.

Nota all'articolo 31

- Il testo dell'articolo 10 della legge regionale 27/2018, è il seguente:

Art. 10
(Meccanismi operativi)

1. Il governo clinico dei percorsi di cura è assicurato attraverso i seguenti strumenti:

a) percorsi diagnostico terapeutici assistenziali strutturati e standardizzati;

b) gestione del rischio clinico e valutazione della qualità;

c) misurazione degli esiti;

d) valutazione di impatto delle innovazioni e delle tecnologie sanitarie.

2. Il governo clinico dei percorsi di cura è orientato ad assicurare ai pazienti, indipendentemente dalla sede di accesso e di residenza:

a) prestazioni esplicitate nei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali;

b) la permanenza nella sede assistenziale più vicina al luogo di residenza del paziente quando possibile, anche attraverso la mobilità dei professionisti tra le sedi;

c) un orientamento guidato verso la sede del presidio hub, quando ciò sia necessario, con rientro presso la sede del presidio spoke a completamento del percorso di cura.

3. Il governo clinico dei percorsi di cura è orientato alla valorizzazione delle competenze e al migliore utilizzo delle risorse professionali e logistiche dell'azienda.

Nota all'articolo 32

- Per il testo dell'articolo 3 della legge regionale 27/2018, vedi nota all'articolo 29 della presente legge.

Nota all'articolo 34

- Il testo dell'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 8-quinquies
(Accordi contrattuali)

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzo per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e

delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies;

e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

[2-bis. Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, ai fini di cui al comma 2-ter, sono individuate le categorie destinatarie e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari.]

[2-ter. Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono individuate, nel rispetto delle indicazioni degli strumenti di programmazione regionale e tenendo conto della localizzazione e della disponibilità di risorse delle altre strutture sanitarie pubbliche esistenti, le strutture sanitarie militari accreditabili, nonché le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni ai fini della stipula degli accordi contrattuali previsti dal presente articolo. Gli accordi contrattuali sono stipulati tra le predette strutture sanitarie militari e le regioni nel rispetto della reciproca autonomia.]

2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis).

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso.

Nota all'articolo 35

- Il testo dell'articolo 8, commi 24 e 25, della legge regionale 6 agosto 2015, n. 20, è il seguente:

Art. 8
(Finalità 7 - Sanità pubblica)

- omissis -

24. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere contributi per la ricerca clinica, traslazionale, di base, epidemiologica e organizzativa di cui all'articolo 15, comma 2, lettera b), della legge regionale 17/2014 ai soggetti pubblici del Friuli Venezia Giulia operanti nel territorio regionale nel campo della ricerca sanitaria o di interesse sanitario, compresi gli enti del Servizio sanitario regionale, alle Università degli studi del Friuli Venezia Giulia, alla

Scuola internazionale superiore di studi avanzati (SISSA) di Trieste e agli enti e istituti scientifici di ricerca presenti nel territorio regionale.

25. Con regolamento regionale, da adottare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri per la concessione dei contributi di cui al comma 24, le modalità di presentazione della domanda e del rendiconto, le tipologie di spese ammissibili ai fini della rendicontazione dell'incentivo, nonché le tipologie e la percentuale di spese generali di funzionamento ammesse.

- omissis -

Note all'articolo 37

- Il titolo IV del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, reca: FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

- Il testo dell'articolo 8, commi da 7 a 11, della legge regionale 16 luglio 2010, n. 12, è il seguente:

Art. 8
(Finalità 7 - sanità pubblica)

- omissis -

7. Le attività del Centro regionale di formazione per l'area delle cure primarie sono svolte presso l'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Isontina", che provvede all'espletamento delle funzioni amministrative e contabili connesse alle attività formative, nonché alla nomina degli organismi interni del Centro, con provvedimento del direttore generale, sulla base delle designazioni intervenute da parte dei soggetti indicati nel decreto di cui al comma 8.

8. L'assetto organizzativo del Centro regionale di formazione per l'area delle cure primarie è ridefinito con decreto del direttore della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali per esigenze di razionalizzazione dell'articolazione interna.

9. Il decreto di cui al comma 8 stabilisce le funzioni, i compiti e l'ambito di attività del Centro regionale di formazione per l'area delle cure primarie, nonché i compensi connessi allo svolgimento dei compiti e delle funzioni presso il Centro medesimo, che vengono erogati direttamente dall'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Isontina".

10. Fino alla ricostituzione dei nuovi organismi del Centro regionale di formazione per l'area delle cure primarie con la composizione individuata dal decreto di cui al comma 8, trovano applicazione le disposizioni delle deliberazioni della Giunta regionale n. 139, del 30 gennaio 2006, e n. 2718, del 3 dicembre 2009, a eccezione di quanto previsto con riferimento alla nomina del comitato esecutivo e del direttore scientifico.

11. Fino alla ricostituzione dei nuovi organismi del Centro regionale di formazione per l'area delle cure primarie con la composizione individuata dal decreto di cui al comma 8, la nomina del comitato esecutivo e del direttore scientifico del Centro regionale di formazione per l'area delle cure primarie viene effettuata, in via provvisoria, dal Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Isontina", su dirette designazioni del Direttore della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.

- omissis -

Nota all'articolo 38

- Il testo dell'articolo 4 della legge regionale 27/2018, è il seguente:

Art. 4
(Livelli di governo del Servizio sanitario regionale)

1. La Regione, per il tramite della Direzione centrale competente in materia di salute, politiche sociali e disabilità, assicura la realizzazione dei piani, dei programmi e degli obiettivi definiti dagli organi di indirizzo politico svolgendo, a tal fine, le funzioni attribuite alla Direzione con la deliberazione della Giunta regionale approvata ai sensi dell'articolo 7, comma 10, del regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli enti regionali di cui all'articolo 3, comma 2, della legge regionale 27 marzo 1996, n. 18 (Riforma dell'impiego regionale in attuazione dei principi fondamentali di riforma economico sociale desumibili dalla legge 23 ottobre 1992, n. 421).

2. La Direzione centrale di cui al comma 1 svolge compiti di indirizzo e di vigilanza sull'Azienda regionale di coordinamento per la salute di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a) e, per il tramite della stessa, sugli altri enti del Servizio sanitario regionale.

3. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, in favore della Direzione centrale di cui al comma 1, assicura compiti di carattere tecnico specialistico, per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociosanitaria e, a tal fine, fornisce supporto alla stessa per l'individuazione, da parte della Giunta regionale, del sistema di valutazione e degli obiettivi degli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale.

4. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute:

a) fornisce il supporto per acquisti centralizzati di beni e servizi per il Servizio sanitario regionale e acquisti di beni e servizi per conto della Direzione centrale di cui al comma 1, nell'ambito di quanto previsto, in merito alla Centrale unica di committenza regionale, dall'articolo 44 della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 (Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative);

b) svolge le attività tecnico specialistiche afferenti a:

1) gestione accentrata di funzioni amministrative e logistiche;

2) gestione del rischio clinico e valutazione della qualità;

3) misurazione degli esiti;

4) valutazione di impatto delle innovazioni e delle tecnologie sanitarie;

5) valutazione degli investimenti;

c) cura il coordinamento e il controllo:

1) delle reti cliniche di cui all'articolo 9, delle quali ne cura altresì l'attivazione;

2) del governo clinico regionale di cui all'articolo 10;

3) delle iniziative di formazione e di valorizzazione delle molteplici figure professionali, anche tecnico-amministrative, operanti nei settori sanitario e sociosanitario;

4) delle azioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica;

5) delle azioni di sanità veterinaria;

6) della gestione delle tecnologie sanitarie;

7) del sistema informatico del SSR, anche ai fini del suo sviluppo;

8) del sistema informativo, anche ai fini del suo sviluppo, ivi compresi i flussi ministeriali; tutte le informazioni sono condivise con la Direzione centrale di cui al comma 1, che può chiedere ulteriori estensioni e approfondimenti;

d) svolge compiti di struttura di valutazione di health technology assessment, ai sensi dell'articolo 1, comma 551, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016);

e) per la Direzione centrale di cui al comma 1, svolge compiti di struttura di osservazione epidemiologica a supporto della pianificazione regionale, di struttura di programmazione attuativa e di struttura di controllo di gestione;

f) svolge attività di monitoraggio e vigilanza sugli enti di cui all'articolo 3, fornendo costantemente i dati rilevati alla Direzione centrale di cui al comma 1.

5. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 79 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), all'Azienda regionale di coordinamento per la salute sono delegate le funzioni di gestione sanitaria accentrata, di cui all'articolo 22 del decreto legislativo 118/2011 , sulla base di determinazioni e tempistiche stabilite con deliberazione della Giunta regionale.

6. Fermi restando i compiti di cui ai commi 4 e 5, nell'ambito di quanto disposto al comma 1 e al comma 3, con deliberazione della Giunta regionale, previa informazione alla Commissione consiliare competente, sono attribuiti all'Azienda regionale di coordinamento per la salute ulteriori compiti, anche al fine di assicurare:

a) attività di analisi e di valutazione a supporto delle funzioni di pianificazione e programmazione regionali di settore;

b) specifiche attività di supporto per esigenze del Servizio sanitario regionale anche a beneficio di uno o più enti del SSR;

c) specifiche funzioni sanitarie accentrate di supporto alla erogazione diretta delle prestazioni al cittadino;

d) ogni ulteriore attività di interesse per i sistemi sanitario e sociosanitario.

7. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute svolge i compiti di cui ai commi precedenti sia attraverso le proprie strutture, sia avvalendosi di strutture degli enti di cui all'articolo 3, sia mediante l'acquisizione di personale da altre pubbliche amministrazioni attraverso l'istituto del comando e l'istituto del distacco.

Note all'articolo 39

- Per il testo dell'articolo 4 della legge regionale 27/2018, vedi nota all'articolo 38 della presente legge.

- Il testo dell'articolo 3 della legge regionale 14 luglio 2011, n. 9, è il seguente:

Art. 3
(Programma triennale per lo sviluppo delle ICT, dell'e-government e delle infrastrutture telematiche)

1. Il Programma triennale per lo sviluppo delle ICT, dell'e-government e delle infrastrutture telematiche, di seguito denominato Programma triennale, è finalizzato alla realizzazione, completamento e sviluppo della rete regionale delle pubbliche amministrazioni del Friuli Venezia Giulia e allo sviluppo della rete telematica e del SIIR.

2. Il Programma triennale è a scorrimento annuale e definisce le strategie della Regione, individua le aree e gli obiettivi, raccordandoli ai programmi comunitari e statali. Il Programma triennale definisce gli interventi da realizzare, i relativi obiettivi e le scadenze, le iniziative necessarie per il conseguimento degli obiettivi, i costi di progettazione, realizzazione e gestione, i benefici attesi. Esso individua altresì le azioni dell'Amministrazione regionale articolate nelle seguenti componenti:

a) SIAR - Sistema Informativo Amministrazione Regionale;

b) SIAL - Sistema Informativo Amministrazioni Locali;

c) SISSR - Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale;

d) RUPrAR - Rete Unitaria Pubblica Amministrazione Regionale;

e) Piano delle infrastrutture per le telecomunicazioni a banda larga di cui all'articolo 31 della legge regionale 18 marzo 2011, n. 3 (Norme in materia di telecomunicazioni).

3. Il Programma triennale è predisposto dalla Direzione centrale competente in materia di ICT ed e-government, sulla base delle indicazioni fornite dalle Direzioni centrali competenti per le singole sezioni e di quelle espresse in sede di Cabina di regia di cui al comma 4 ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 30 novembre di ogni anno precedente il triennio di riferimento su proposta dall'assessore regionale competente in materia di ICT ed e-government, di concerto con gli assessori regionali competenti in materia di infrastrutture telematiche e di sanità, previo parere del Consiglio delle autonomie locali.

4. La Direzione centrale competente in materia di ICT ed e-government coordina una Cabina di regia, alla quale partecipano la Direzione centrale competente in materia di sanità, la Direzione centrale competente in materia di infrastrutture telematiche regionali e Insiel SpA, con lo scopo di coordinare le attività finalizzate alla predisposizione del Programma triennale e per il monitoraggio della sua attuazione. La Cabina di regia è integrata con la partecipazione di tre esperti in materia di ICT ed e-government, designati dal Consiglio delle autonomie locali, e da tre esperti rappresentativi degli enti del Servizio sanitario regionale, designati dalla Direzione centrale competente in materia di sanità, che partecipano in relazione agli argomenti di rispettivo interesse.

5. Le eventuali modifiche operative ai singoli interventi che si rendano necessarie fino all'adozione del successivo Programma triennale sono adottate su proposta delle Direzioni centrali interessate dal direttore della struttura competente in materia di ICT ed e-government.

6. La sezione del Programma triennale relativa alle infrastrutture delle telecomunicazioni a banda larga è predisposta e approvata secondo le modalità stabilite dall'articolo 31 della legge regionale 3/2011.

Nota all'articolo 40

- Il testo dell'articolo 33 della legge regionale 10 novembre 2015, n. 26, è il seguente:

Art. 33
(Programmazione e controllo degli investimenti)

1. La programmazione degli investimenti degli enti del Servizio sanitario regionale si svolge sulla base del Programma preliminare degli investimenti, del programma triennale degli investimenti e dei loro aggiornamenti annuali.

2. Il Programma preliminare degli investimenti si articola nelle due seguenti sezioni:

a) il Programma preliminare degli investimenti edili-impiantistici nel quale sono elencati gli interventi di investimento edile-impiantistico:

1) di ogni tipologia, esclusa la manutenzione ordinaria, di singolo importo inferiore a 100.000 euro accompagnati da una descrizione e dal costo complessivo stimato; tali interventi possono essere anche aggregati per finalità omogenee accompagnati da una descrizione significativa per il raggruppamento e dall'importo corrispondente alla sommatoria dei singoli interventi;

2) di manutenzione straordinaria di singolo importo pari o superiore a 100.000 euro accompagnati dalla descrizione dell'intervento e dalla stima sommaria dei costi;

3) di restauro e risanamento conservativo, di ristrutturazione edilizia, di nuova costruzione di singolo importo pari o superiore a 100.000 euro previa approvazione almeno di una relazione che individui, tra più soluzioni, quella che presenta il miglior rapporto tra costi e benefici per la collettività, in relazione alle specifiche esigenze da soddisfare e prestazioni da fornire, comprensiva di una valutazione gestionale e sanitaria, dei dati dimensionali e della stima sommaria con l'indicazione dei criteri applicati, se di singolo importo pari o superiore a 1.000.000 di euro previa l'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica e l'acquisizione del parere del Nucleo di valutazione degli investimenti di cui al comma 13;

4) di acquisizione di immobili accompagnati dalla descrizione dell'intervento e dalla stima sommaria dei costi;

b) il Programma preliminare degli investimenti per acquisizioni di beni mobili e tecnologici nel quale sono elencati gli interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici:

1) di singolo importo inferiore a 100.000 euro accompagnati da una descrizione e dal costo complessivo stimato; tali acquisizioni possono essere anche aggregate, per finalità omogenee o per tipologia merceologica o tecnologica omogenea, accompagnate da una descrizione significativa per il raggruppamento e dall'importo corrispondente alla sommatoria delle singole acquisizioni;

2) di singolo importo pari o superiore a 100.000 euro e inferiore a 1.000.000 di euro accompagnati dalla descrizione dell'intervento e dalla stima sommaria dei costi; tali acquisizioni possono essere anche aggregate, per tipologia merceologica o tecnologica omogenea, accompagnate da una descrizione significativa per il raggruppamento e dall'importo corrispondente alla sommatoria delle singole acquisizioni;

3) di singolo importo superiore a 1.000.000 di euro accompagnati dalla descrizione dell'intervento e dalla stima sommaria dei costi, previa approvazione di una valutazione sui costi globali e, se relativa a tecnologie biomedicali, di una valutazione sulle implicazioni cliniche, organizzative ed economiche (Health Technology Assessment) e l'acquisizione del parere del Nucleo di valutazione degli investimenti di cui al comma 13; la Giunta regionale può, con propria deliberazione, stabilire l'elenco dei beni, anche di singolo importo inferiore a 1.000.000 di euro, ai quali è applicata la medesima procedura.

3. Per ciascuna delle fattispecie di intervento di investimento di cui al comma 2, lettere a) e b), è indicato il cronoprogramma attuativo e finanziario e l'ordine di priorità.

4. Gli interventi di investimento che prevedono formule di partenariato pubblico privato o altre formule di finanziamento non interamente in conto capitale sono inseriti nel Programma preliminare degli investimenti previa

l'approvazione di uno studio di fattibilità da parte dell'ente e l'acquisizione dell'autorizzazione della Giunta regionale di cui all'articolo 38, comma 2.

5. La Giunta regionale può fornire agli enti del Servizio sanitario regionale indicazioni di indirizzo per l'elaborazione del Programma di cui al comma 2.

6. Il Programma preliminare degli investimenti è approvato in via definitiva dall'ente previa acquisizione del parere del Nucleo di valutazione degli investimenti di cui al comma 17.

7. Il Programma preliminare degli investimenti è adottato dall'ente e tramesso al Nucleo di valutazione degli investimenti di cui al comma 13, ai fini dell'acquisizione del parere di cui al comma 6.

8. Il programma triennale degli investimenti è l'elenco degli interventi di investimento programmati nel triennio con evidenza dei mezzi finanziari effettivamente disponibili e si articola nelle due seguenti sezioni:

a) il programma triennale degli investimenti edili-impiantistici elenca gli interventi presenti nel Programma preliminare degli investimenti approvato dall'ente con indicazione dei mezzi finanziari disponibili e dei corrispondenti cronoprogrammi attuativo e finanziario;

b) il programma triennale degli investimenti per acquisizioni di beni mobili e tecnologici elenca le acquisizioni presenti nel Programma preliminare degli investimenti approvato dall'ente con indicazione dei mezzi finanziari disponibili e dei corrispondenti cronoprogrammi attuativo e finanziario fino al termine di ultimazione dell'intervento.

9. (ABROGATO)

10. La Giunta regionale stabilisce la quota in conto capitale, da ripartire tra gli enti del Servizio sanitario regionale in misura proporzionale al valore del patrimonio indisponibile di ciascuno, finalizzata all'attuazione di interventi non previsti nel programma triennale degli investimenti di cui al comma 8 ed emergenti nel corso dell'anno di importo inferiore a 100.000 euro; tale limite non si applica per interventi di manutenzione straordinaria urgente o per acquisizione di beni mobili o tecnologici aventi caratteristiche di urgenza. Tale quota è non superiore al 10 per cento del finanziamento complessivo in conto capitale disponibile per l'anno.

11. Il programma triennale è aggiornato sulla base della concessione definitiva dei finanziamenti di cui al comma 10.

12. La Giunta regionale può aggiornare le soglie previste ai commi precedenti.

13. Al fine di garantire un'attuazione organica ed efficiente della programmazione regionale degli interventi di investimento sul patrimonio del Servizio sanitario regionale e sugli interventi di realizzazione, riqualificazione e adeguamento di servizi e strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, è costituito, presso la Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, un organismo denominato Nucleo di valutazione degli investimenti sanitari e sociali (NVISS).

14. Il NVISS, costituito con decreto del Direttore centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, è composto:

a) dal Direttore centrale medesimo, con funzioni di presidente;

b) da tre dirigenti della Direzione centrale, con esperienza nei settori della pianificazione o programmazione sanitaria, o della programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria o nel settore tecnico degli investimenti, individuati dal Direttore centrale medesimo.

15. I componenti del NVISS possono essere sostituiti da un loro delegato.

16. La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia svolge gli adempimenti di carattere istruttorio sui progetti soggetti alla valutazione del NVISS, nonché i compiti di segreteria.

17. Il Programma preliminare degli investimenti degli enti del Servizio sanitario regionale è sottoposto al parere di coerenza programmatoria e tecnico-economica del NVISS.

18. Sono sottoposti all'esame tecnico-economico del NVISS i progetti generali o di singolo lotto funzionale, nonché le loro varianti sostanziali, relativi al patrimonio indisponibile degli enti del Servizio sanitario regionale con riferimento alla:

a) progettazione definitiva per gli interventi di manutenzione straordinaria di singolo importo pari o superiore a 1.000.000 di euro;

b) progettazione definitiva per gli interventi di restauro e risanamento conservativo, di ristrutturazione edilizia, di nuova costruzione di singolo importo pari o superiore a 100.000 euro e inferiore a 1.000.000 di euro;

c) progettazione preliminare e definitiva per gli interventi di restauro e risanamento conservativo, di ristrutturazione edilizia, di nuova costruzione se di singolo importo pari o superiore a 1.000.000 di euro.

19. Sono sottoposti all'esame tecnico-economico del NVISS i progetti definitivi generali o di singolo lotto funzionale, nonché le loro varianti sostanziali di competenza ovvero d'iniziativa di soggetti pubblici e di soggetti privati, che beneficiano anche parzialmente di contributo pubblico per la realizzazione dell'opera progettata, relativi a:

a) residenze sanitarie assistenziali;

b) strutture socio-assistenziali per anziani e disabili fisici e psichici;

c) strutture per la sanità pubblica veterinaria.

20. Il parere espresso dal NVISS a seguito dell'esame tecnico-economico è comprensivo della valutazione sulla spesa ammissibile anche al fine della rideterminazione dell'ammontare del finanziamento concesso.

21. Per gli interventi di restauro e risanamento conservativo, o di ristrutturazione edilizia, o di nuova costruzione, o finalizzati all'adeguamento di requisiti prescritti per l'autorizzazione e l'accreditamento, in caso di prescrizioni formulate in sede di esame dei progetti definitivi, copia del progetto esecutivo è trasmessa al NVISS, prima dell'avvio delle procedure per l'appalto dei lavori.

22. Nei casi previsti dal comma 21, l'erogazione del finanziamento è subordinata alla verifica di conformità del progetto esecutivo ai pareri tecnico-economico e di ammissibilità della spesa, nonché di adeguamento alle eventuali prescrizioni.

23. La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, anche al fine della rideterminazione dell'ammontare concesso, e gli enti del Servizio sanitario regionale, a fini consultivi, possono richiedere il parere del NVISS sui progetti di fattibilità tecnico economica di ogni tipologia e di ogni importo.

24. I pareri di cui ai precedenti commi sono comunicati al soggetto interessato entro novanta giorni dalla ricezione della richiesta, ovvero, nel caso in cui siano rappresentate esigenze istruttorie, entro i trenta giorni successivi alla data di ricezione delle notizie o degli atti richiesti.

25. Le disposizioni di cui ai commi da 1 a 12 si applicano a decorrere dall'anno 2016 con la programmazione triennale 2016-2018 per gli interventi di investimento nel settore sanitario. Per gli interventi di investimento programmati prima dell'anno 2016 continua a trovare applicazione l'articolo 4, commi da 7 a 14, della legge regionale 4/2001.

26. Per gli interventi di investimento di restauro e risanamento conservativo, di ristrutturazione edilizia, di nuova costruzione di singolo importo pari o superiore a 1.000.000 di euro, programmati per l'anno 2016, si applicano in via transitoria le disposizioni di cui al comma 2, lettera a), numero 2).

27. Per gli interventi di investimento per acquisizioni di beni mobili e tecnologici, di singolo importo superiore a 1.000.000 di euro, programmati per l'anno 2016, si applicano in via transitoria le disposizioni di cui al comma 2, lettera b), numero 2).

Nota all'articolo 42

- Il testo dell'articolo 13 bis della legge regionale 25 settembre 1996, n. 41, è il seguente:

Art. 13 bis
(Consulta regionale delle associazioni dei disabili)

1. Ai fini della promozione delle politiche regionali di integrazione delle persone disabili nella società e della consultazione in materia di interventi e servizi a favore delle persone disabili, la Regione Friuli Venezia Giulia riconosce il ruolo della Consulta regionale delle associazioni di persone disabili e delle loro famiglie del Friuli Venezia Giulia quale organismo rappresentativo e di coordinamento dell'associazionismo nel settore della disabilità.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Consulta in particolare:

a) partecipa alla Commissione regionale per le politiche sociali di cui all'articolo 27 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6;

b) esprime parere sul Piano sanitario e sociosanitario regionale di cui all'articolo 8 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 (Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale);

c) formula proposte in materia di politiche regionali per le persone disabili;

c bis) promuove iniziative di sensibilizzazione, informazione, formazione e aggiornamento professionale finalizzate alla diffusione della cultura e dei principi della progettazione universale, volti a garantire la piena accessibilità e fruibilità di spazi, oggetti e servizi;

d) esprime parere su ogni altro atto legislativo o amministrativo relativo all'azione regionale in materia di disabilità;

e) individua le proprie rappresentanze locali per l'espressione del parere di cui all'articolo 24, comma 6, della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6.

e bis) sostiene le attività di coordinamento, formazione, divulgazione e disseminazione delle associazioni che la costituiscono.

3. La Direzione centrale competente in materia di salute e protezione sociale pone a disposizione della Consulta le dotazioni necessarie allo svolgimento delle funzioni di cui ai commi 1 e 2.

4. In relazione alle funzioni svolte ai sensi del presente articolo, l'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere alla Consulta un contributo per le spese di funzionamento, sue e delle sue strutture provinciali.

5. Ai fini della concessione ed erogazione del contributo di cui al comma 4, la Consulta presenta alla Direzione

centrale competente in materia di salute e protezione sociale, entro il 31 marzo di ogni anno, apposita istanza corredata di una relazione sull'attività prevista nell'anno di riferimento e del relativo preventivo di spesa.

Note all'articolo 46

- Il testo dell'articolo 9 della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12, è il seguente:

Art. 9
(Funzioni in materia socio-sanitaria)

1. Il CAL esercita le funzioni della Conferenza permanente di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), previste dal medesimo decreto legislativo e dalle relative norme attuative. Nell'esercizio delle funzioni di cui al presente comma la composizione del CAL è integrata con la partecipazione dei Presidenti delle Conferenze dei sindaci, di cui all'articolo 13 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), qualora non siano già componenti del CAL, nonché dal rappresentante di Federsanità - ANCI, con diritto di parola. Il Presidente di ciascuna Conferenza dei sindaci può delegare la partecipazione ad altro componente della medesima Conferenza.

- Il testo dell'articolo 7 della legge regionale 27/2018, è il seguente:

Art. 7
(Conferenze dei sindaci)

1. I Comuni rientranti nel territorio di competenza di ciascuna azienda di cui all'articolo 3, comma 1, attraverso la Conferenza dei sindaci, ai sensi dell'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 502/1992 , esprimono i bisogni di salute della popolazione delle comunità locali alla Regione e al Consiglio delle autonomie locali che esercita le funzioni di Conferenza permanente di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 502/1992 , ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9 della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12 (Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del Friuli Venezia Giulia, modifiche e integrazioni alla legge regionale 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali).

2. Ciascuna Conferenza dei sindaci di cui al comma 1 può agire tramite rappresentanze di sindaci costituite su due livelli:

a) competenza territoriale dell'azienda, denominata area vasta;

b) competenza territoriale di distretto.

3. La composizione delle rappresentanze viene definita da ciascuna Conferenza dei sindaci che determina anche le modalità di esercizio delle relative funzioni, con regolamento approvato a maggioranza assoluta dei sindaci.

4. Le Conferenze dei sindaci di cui al comma 1:

a) esercitano le funzioni di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 502/1992;

b) esercitano le funzioni di cui agli articoli 16 e 20 della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione

socio-sanitaria);

c) esercitano le funzioni di cui all'articolo 2, comma 5, del decreto legislativo 171/2016;

d) esprimono il parere sulla nomina del direttore dei servizi sociosanitari, entro il termine perentorio di quindici giorni dalla richiesta.

- Il testo dell'articolo 20 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, è il seguente:

Art. 20
(Assemblea dei Sindaci del Servizio sociale dei Comuni)

1. In ogni territorio di gestione associata è istituita l'Assemblea dei Sindaci del Servizio sociale dei Comuni.

2. La costituzione dell'Assemblea è promossa per iniziativa del Sindaco del Comune più popoloso dell'ambito territoriale di pertinenza. Essa è composta dai Sindaci di tutti i Comuni dell'ambito o su loro delega, anche permanente, dagli Assessori competenti in materia di politiche sociali. L'Assemblea elegge al suo interno il Presidente.

3. L'Assemblea ha funzioni di indirizzo e regolazione in materia di sistema integrato locale e le sue deliberazioni sono vincolanti nei confronti degli Enti gestori, ferma restando la disponibilità finanziaria. Svolge in particolare le seguenti attività:

a) promuove, tramite il Presidente, la stipulazione della convenzione istitutiva del Servizio sociale dei Comuni;

b) attiva, tramite il Presidente, il processo preordinato alla definizione del Piano di zona di cui all'articolo 24, alla stipulazione del relativo accordo di programma e approva annualmente il relativo Piano attuativo annuale;

c) elabora le linee di programmazione e progettazione del sistema locale integrato degli interventi e servizi sociali, nonché dei programmi e delle attività del Servizio sociale dei Comuni;

d) destina l'impiego degli stanziamenti del Fondo di cui all'articolo 39;

e) esprime indirizzi in merito alla composizione e funzione della dotazione organica del Servizio sociale dei Comuni;

f) monitora e verifica l'attività dell'Ente gestore;

g) partecipa al processo di programmazione sociosanitaria e alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute con riferimento al proprio territorio;

h) esprime parere sulla nomina del Direttore di distretto e sulla sua conferma qualora il relativo ente del servizio sanitario regionale che assicura l'assistenza territoriale gestisca in delega i servizi socioassistenziali;

i) esprime parere in sede di verifica degli obiettivi assegnati al Direttore del distretto, nel caso previsto alla lettera h).

4. Per le attività previste dal comma 3, lettere g), h) e i), qualora più Servizi sociali dei Comuni siano ricompresi in un unico distretto sanitario le rispettive Assemblee operano congiuntamente.

5. Alle riunioni dell'Assemblea possono essere invitati i rappresentanti dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, nonché i rappresentanti delle amministrazioni pubbliche dell'ambito territoriale.

6. Il funzionamento dell'Assemblea è disciplinato dal regolamento interno.

6 bis. Per l'elezione del Presidente e per l'approvazione del regolamento interno è richiesta la maggioranza assoluta dei voti dei componenti; ciascun componente esprime in Assemblea il seguente numero di voti:

a) un voto per i Comuni con popolazione fino a 3.000 abitanti;

b) due voti per i Comuni con popolazione da 3.001 a 10.000 abitanti;

c) quattro voti per i Comuni con popolazione da 10.001 a 15.000 abitanti;

d) sei voti per i Comuni con popolazione da 15.001 a 30.000 abitanti;

e) nove voti per i Comuni con popolazione da 30.001 a 50.000 abitanti;

f) dodici voti per i Comuni con popolazione da 50.001 a 100.000 abitanti;

g) quindici voti per i Comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti.

6 ter. Qualora non diversamente stabilito dal regolamento interno, i criteri di assegnazione dei voti spettanti a ciascun componente di cui al comma 6 bis si applicano per tutte le deliberazioni dell'Assemblea.

7. Qualora l'ambito territoriale del Servizio sociale dei Comuni comprenda il territorio di un solo Comune o di parte di esso, i compiti dell'Assemblea sono attribuiti al Sindaco del Comune medesimo, salve restando le funzioni consultive dei soggetti di cui al comma 5.

Note all'articolo 47

- Il titolo III della legge regionale 26/2015, reca: ARMONIZZAZIONE DEI SISTEMI DI CONTABILITA' DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

- Per Il testo dell'articolo 24 della legge regionale 6/2006, vedi l'articolo 61 della presente legge, che sostituisce l'articolo medesimo.

Note all'articolo 48

- Per il testo dell'articolo 1 del decreto legislativo 502/1992, vedi nota all'articolo 1 della presente legge.

- Per Il testo dell'articolo 23 della legge regionale 6/2006, vedi l'articolo 59 della presente legge, che sostituisce l'articolo medesimo.

- Per il testo dell'articolo 9 della legge regionale 12/2015, vedi nota all'articolo 46 della presente legge.

Nota all'articolo 50

- Per il testo dell'articolo 9 della legge regionale 12/2015, vedi nota all'articolo 46 della presente legge.

Note all'articolo 52

- Il testo degli articoli 32 e 41 della legge regionale 26/2015, è il seguente:

Art. 32
(Programmazione sanitaria)

1. Gli enti del Servizio sanitario regionale, sulla base degli atti di pianificazione e programmazione regionale per il settore sanitario, stabiliscono:

a) nel piano attuativo, gli interventi da realizzare e le risorse necessarie, sulla base della programmazione economica di cui all'articolo 41;

b) nel programma preliminare, nel programma triennale, nonché nell'elenco annuale degli investimenti, gli investimenti da realizzare.

- omissis -

Art. 41
(Programmazione economica annuale)

1. La programmazione economica degli enti del Servizio sanitario regionale viene predisposta annualmente, in coerenza con la pianificazione e la programmazione della Regione.

2. Ai fini della programmazione economica il piano attuativo di cui all'articolo 32 contiene obbligatoriamente:

a) il bilancio preventivo economico annuale, come disciplinato dal decreto legislativo 118/2011, che include il conto economico preventivo e il piano dei flussi di cassa prospettici;

b) la nota illustrativa;

c) il programma triennale degli investimenti e l'elenco annuale che definiscono gli investimenti da effettuare e le relative modalità di finanziamento;

d) la relazione redatta dal Direttore generale;

e) il conto economico preventivo dei Presidi ospedalieri;

f) la programmazione del personale.

- Il testo dell'articolo 32 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, è il seguente:

Art. 32

(Bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale)

1. La gestione sanitaria accentrata presso la regione predispone e sottopone all'approvazione della giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio Sanitario Regionale, di cui al comma 5, sia il bilancio d'esercizio consolidato del Servizio Sanitario Regionale, di cui al comma 7.

2. Per la redazione dei bilanci consolidati di cui al comma 1 si applicano le disposizioni del decreto legislativo n. 127 del 1991, fatto salvo quanto disposto dal presente titolo.

3. L'area di consolidamento comprende tutti gli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 ed esclude soggetti eventualmente partecipati da questi ultimi. Il patrimonio netto consolidato è determinato dalla somma dei valori di patrimonio netto degli enti consolidati. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'articolo 36, comma 2, sono definite le modalità di sperimentazione riguardanti la previsione di un ulteriore bilancio consolidato che comprenda i soggetti controllati dagli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b), punto i), e c).

4. Il bilancio preventivo economico annuale consolidato si compone ed è corredato dagli stessi documenti che compongono e corredano il bilancio preventivo economico annuale dei singoli enti di cui all'articolo 25. La relazione del direttore generale è sostituita da una relazione del responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione. Salvi gli adeguamenti necessari, la struttura e il contenuto dei documenti che compongono e corredano il bilancio preventivo economico annuale consolidato sono quelli prescritti per il bilancio preventivo economico annuale dei singoli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b), punto i), e c) del presente titolo.

5. La giunta regionale approva i bilanci preventivi economici annuali degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 e il bilancio preventivo economico annuale consolidato di cui al comma 4 entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione.

6. Il bilancio d'esercizio consolidato si compone ed è corredato dagli stessi documenti che compongono e corredano il bilancio d'esercizio dei singoli enti di cui all'articolo 26. La relazione del direttore generale è sostituita da una relazione del responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione. Salvi gli adeguamenti necessari, la struttura e il contenuto dei documenti che compongono e corredano il bilancio d'esercizio consolidato sono quelli prescritti per il bilancio d'esercizio dei singoli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b), punto i), e c). I modelli SP e CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni, da inserire nella nota integrativa del bilancio d'esercizio consolidato, ed il modello LA di cui al decreto ministeriale 18 giugno 2004 e successive modificazioni ed integrazioni, da inserire nella relazione sulla gestione, sono quelli relativi al codice 999. La nota integrativa al bilancio consolidato deve in ogni caso contenere: (a) il prospetto di cui all'articolo 22, comma 3, lettera c), che illustri l'integrale raccordo tra le poste iscritte nel bilancio d'esercizio consolidato e quelle iscritte nel rendiconto di contabilità finanziaria; (b) un prospetto che, per ogni eventuale partecipazione detenuta dalle aziende di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 presso altri soggetti, indichi denominazione, sede, importo totale dell'attivo, importo del patrimonio netto, utile o perdita dell'ultimo esercizio, quota posseduta da ciascuna azienda del servizio sanitario regionale ed eventualmente dalla regione, valore attribuito nel bilancio consolidato e criterio di valutazione adottato; (c) un prospetto che, per ogni altra società partecipata o ente dipendente della regione che riceva a qualsiasi titolo una quota delle risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard o delle ulteriori risorse destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale, indichi denominazione, sede, importo totale dell'attivo, importo del patrimonio netto, utile o perdita dell'ultimo esercizio, quota posseduta dalla regione. (81)

7. La giunta regionale approva i bilanci d'esercizio degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 entro il termine del 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento e il bilancio consolidato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione.

8. Per favorire la compatibilità e l'uniformità dei bilanci da consolidare, il responsabile della gestione sanitaria

accentrata presso la regione può stabilire specifici obblighi informativi a carico degli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 e prescrivere trattamenti contabili omogenei, nei limiti di quanto stabilito dagli articoli 28 e 29.

Nota all'articolo 53

- Il capo IV del titolo III della legge regionale 26/2015, reca: IL SISTEMA DI CONTROLLO

Nota all'articolo 55

- Per il testo dell'articolo 32 del decreto legislativo 118/2011, vedi nota all'articolo 52 della presente legge.

Nota all'articolo 58

- Il testo dell'articolo 45 della legge regionale 26/2015, modificato dal presente articolo, è il seguente:

Art. 45
*(Rendiconti **trimestrali**)*

1. I rendiconti **trimestrali** riguardano esclusivamente tutti gli aspetti della gestione dell'attività sanitaria degli enti del Servizio sanitario regionale ed evidenziano l'andamento gestionale, i risultati ottenuti e gli eventuali scostamenti, in particolare sotto il profilo della programmazione economica, rispetto al piano attuativo.

2. I rendiconti **trimestrali** sono predisposti ai sensi delle indicazioni di cui all'articolo 43, comma 2.

Nota all'articolo 65

- Il testo dei commi da 1 a 5 bis dell'articolo 13 della legge regionale 8 aprile 1997, n. 10, abrogati dal presente articolo, è il seguente:

Art. 13
(Interventi nel settore dei servizi sociali)

[1. Agli ospiti non autosufficienti accolti in residenze per anziani non autosufficienti regolarmente autorizzate all'esercizio è riconosciuto, nel limite dei posti letto oggetto di accordo contrattuale stipulato con l'Azienda sanitaria territorialmente competente, un contributo giornaliero finalizzato all'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza.]

[2. Il beneficio di cui al comma 1 è esteso, a titolo sperimentale, anche agli anziani non autosufficienti e alle persone affette da demenza o morbo di Alzheimer, accolti in servizi semiresidenziali e residenziali alternativi alle strutture di cui al comma 1.]

[3. I contributi di cui ai commi 1 e 2 sono concessi ed erogati alle Aziende per i servizi sanitari secondo le

modalità previste dal provvedimento di cui al comma 5.]

[4. Per le finalità di cui ai commi 1 e 2 l'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere alle Aziende per i servizi sanitari appositi finanziamenti a copertura degli oneri dalle medesime sostenuti.]

[5. Con deliberazione della Giunta regionale vengono annualmente definiti l'entità e le modalità di erogazione della quota sociosanitaria giornaliera nonché le modalità di concessione alle Aziende per i servizi sanitari dei contributi a copertura degli oneri sostenuti.]

[5 bis. La Giunta regionale può autorizzare le Aziende per i servizi sanitari a utilizzare le quote dei contributi non utilizzati nel corso degli esercizi precedenti a copertura degli oneri di cui ai commi 1 e 2 degli esercizi successivi.]

- omissis -

Nota all'articolo 67

- Il testo degli articoli 4 bis e 4 ter della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8, è il seguente:

Art. 4 bis
(Sanzioni amministrative in materia di esercizio delle attività sanitarie)

1. Ferma restando la responsabilità penale e le sanzioni amministrative per l'inosservanza di altre norme statali o regionali, la violazione delle disposizioni in materia di autorizzazione relativa all'esercizio delle attività sanitarie è punita con le sanzioni amministrative di seguito determinate.

2. L'esercizio dell'attività sanitaria in assenza dell'autorizzazione, nonché l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali non è stata ottenuta la prescritta autorizzazione comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 2.000 euro a 20.000 euro. Si considera senza autorizzazione anche l'attività esercitata durante il periodo di sospensione dell'attività.

3. L'inosservanza di uno o più requisiti stabiliti dalle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'articolo 4, comma 1, lettera a), il mancato mantenimento di uno o più requisiti stabiliti dalle medesime deliberazioni o la violazione delle prescrizioni contenute nell'atto di autorizzazione rilasciato dalla competente Azienda per i servizi sanitari, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro.

4. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento a nuovi requisiti introdotti da successive deliberazioni, anche con riferimento ai tempi fissati dall'Azienda per i servizi sanitari per la realizzazione degli adeguamenti, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento comporta la revoca dell'autorizzazione.

5. Nelle fattispecie di cui al comma 3, in aggiunta alla sanzione amministrativa pecuniaria è disposta la sospensione dell'autorizzazione da un minimo di sette giorni a un massimo di sessanta giorni. Il soggetto competente alla determinazione e all'irrogazione della sanzione prescrive, con il provvedimento che dispone la sospensione, l'obbligo di adeguamento alle carenze riscontrate. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento comporta la revoca dell'autorizzazione.

6. Qualora nella fattispecie di cui al comma 3 l'inosservanza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti sia tale da determinare un grave rischio per la salute dei cittadini, in aggiunta alla sanzione amministrativa pecuniaria è disposta la sospensione dell'autorizzazione da un minimo di sessanta giorni a un massimo di centottanta giorni. Il soggetto competente alla determinazione e all'irrogazione della sanzione prescrive, con il provvedimento che

dispone la sospensione, l'obbligo di adeguamento alle carenze riscontrate. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento comporta la revoca dell'autorizzazione.

7. Nelle strutture che erogano prestazioni in diverse branche specialistiche, o la cui configurazione organizzativa preveda più sedi operative, la sospensione potrà riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più sedi operative.

8. Il mancato invio, con gli strumenti espressamente individuati, delle comunicazioni, della documentazione, delle certificazioni o dei flussi informativi previsti dalla normativa vigente, ivi compresa l'omessa comunicazione del trasferimento della titolarità della struttura, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 5.000 euro.

9. In caso di recidiva, le sanzioni previste dal presente articolo sono aumentate fino alla metà. Nelle fattispecie di cui ai commi 5 e 6 è, altresì, disposta la sospensione nei tempi ivi previsti. Per la fattispecie di cui al comma 8 il soggetto competente a irrogare la sanzione può disporre in aggiunta la sospensione dell'attività da un minimo di cinque giorni a un massimo di venti giorni.

10. Ai fini del comma 9 sussiste recidiva qualora nel corso del biennio successivo alla commissione di una violazione amministrativa, accertata con provvedimento esecutivo, lo stesso soggetto commette una violazione della medesima indole. Si considerano della stessa indole le violazioni della medesima disposizione e quelle di disposizioni diverse che, per la natura dei fatti che le costituiscono o per le modalità della condotta, presentano una sostanziale omogeneità o caratteri fondamentali comuni.

11. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è revocata nei seguenti casi:

a) mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento di cui ai commi 4, 5 e 6;

b) estinzione o volontaria rinuncia della persona giuridica titolare dell'autorizzazione, nonché volontaria rinuncia della persona fisica titolare dell'autorizzazione;

c) decesso della persona fisica titolare dell'autorizzazione e mancato trasferimento della struttura ad altra persona fisica o giuridica entro trecentosessantacinque giorni dal decesso;

d) accertata chiusura o inattività della struttura per un periodo superiore a centottanta giorni, salvo il caso di temporanea e motivata sospensione di una o più attività autorizzate preventivamente comunicata alla competente azienda per i servizi sanitari.

12. All'irrogazione delle sanzioni amministrative disposte dal presente articolo provvedono le Aziende per i servizi sanitari competenti per territorio che ne introitano i relativi proventi.

Art. 4 ter
(Sanzioni amministrative in materia di esercizio delle attività sociosanitarie)

1. Ferma restando la responsabilità penale e le sanzioni amministrative per l'inosservanza di altre norme statali o regionali, la violazione delle disposizioni relative all'esercizio delle attività sociosanitarie è punita con le sanzioni amministrative di seguito determinate.

2. L'esercizio dell'attività sociosanitaria in assenza dell'autorizzazione, nonché l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta la prescritta autorizzazione comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 2.000 euro a 20.000 euro.

3. L'inosservanza di uno o più requisiti previsti per l'esercizio delle attività sociosanitarie o la violazione delle prescrizioni contenute nell'atto di autorizzazione rilasciato dall'organo competente ai sensi della normativa regionale comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro.

4. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento ai nuovi requisiti adottati dall'Amministrazione regionale successivamente al rilascio dell'autorizzazione, anche con riferimento ai tempi fissati per la realizzazione degli adeguamenti, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro.

5. Il mancato invio, con le modalità espressamente individuate, delle comunicazioni, della documentazione, delle certificazioni o dei flussi informativi previsti dalla normativa vigente, ivi compresa l'omessa comunicazione del trasferimento della titolarità dell'attività nonché della sospensione e della cessazione dell'attività, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 5.000 euro.

6. La pubblicizzazione di false indicazioni sulle rette e sulle prestazioni comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 5.000 euro.

7. In caso di recidiva, le sanzioni previste dal presente articolo sono aumentate fino alla metà. Sussiste recidiva qualora nel corso del biennio successivo alla commissione di una violazione amministrativa, accertata con provvedimento esecutivo, lo stesso soggetto commette una violazione della medesima indole. Si considerano della stessa indole le violazioni della medesima disposizione e quelle di disposizioni diverse che, per la natura dei fatti che le costituiscono o per le modalità della condotta, presentano una sostanziale omogeneità o caratteri fondamentali comuni.

8. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sociosanitaria è revocata nei seguenti casi:

a) mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento di cui al comma 4;

b) estinzione o volontaria rinuncia della persona giuridica titolare dell'autorizzazione, nonché volontaria rinuncia della persona fisica titolare dell'autorizzazione;

c) decesso della persona fisica titolare dell'autorizzazione e mancato trasferimento della struttura ad altra persona fisica o giuridica entro trecentosessantacinque giorni dal decesso;

d) accertata chiusura o inattività della struttura per un periodo superiore a centottanta giorni, salvo il caso di temporanea e motivata sospensione di una o più attività autorizzate preventivamente comunicata alla competente Azienda per i servizi sanitari.

9. Le Aziende per i servizi sanitari competenti per territorio irrogano le sanzioni amministrative disposte dal presente articolo e ne introitano i relativi proventi.

Note all'articolo 68

- Per il testo dell'articolo 3 della legge regionale 27/2018, vedi nota all'articolo 29 della presente legge.

- Per il testo dell'articolo 33 della legge regionale 26/2015, vedi nota all'articolo 40 della presente legge.

Nota all'articolo 70

- Per il testo dell'articolo 4 della legge regionale 27/2018, vedi nota all'articolo 38 della presente legge.

Note all'articolo 71

- Il testo degli articoli 7, 8, 10 e 11 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23, abrogati dal presente articolo, è il seguente:

[Art. 7
(Strumenti di programmazione)

1. In attuazione dei principi contenuti nel decreto legislativo 502/1992, come modificato dal decreto legislativo 229/1999, nella legge 328/2000 e nella legislazione regionale di settore, gli strumenti della programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria sono i seguenti:

a) il Piano sanitario e sociosanitario regionale;

b) il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;

c) il Piano attuativo locale (PAL) e il Piano attuativo ospedaliero (PAO);

d) il Programma delle attività territoriali (PAT);

e) il Piano di zona (PDZ).

2. Per la predisposizione degli strumenti di cui al comma 1, lettere d) ed e), la Giunta regionale emana apposite linee guida, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le quali vengono altresì individuate modalità di elaborazione congiunta.

3. Entro il 30 giugno di ciascun anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione sullo stato di salute della popolazione della regione, che evidenzia il grado di raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria.

4. Con successivi provvedimenti, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale disciplina la partecipazione consultiva al processo di programmazione e verifica da parte delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni rappresentative dei cittadini, degli utenti e delle altre parti sociali, regolamentando il percorso di concertazione e definendo i criteri per l'individuazione dei soggetti chiamati a prendervi parte.]

[Art. 8
(Piano sanitario e sociosanitario regionale)

1. Il Piano sanitario e sociosanitario regionale definisce, in coerenza con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, le strategie regionali in materia di sanità e di integrazione sociosanitaria.

2. Il Piano indica in particolare:

a) gli obiettivi di salute perseguiti e i relativi indicatori di verifica;

b) i livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario regionale;

c) gli interventi di riordino dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione e per conseguire maggiore efficienza, efficacia ed economicità nell'uso delle risorse disponibili;

d) i piani di carattere settoriale;

e) i progetti obiettivo sociosanitari, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;

f) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario regionale verso il governo clinico, allo scopo di perseguire l'appropriatezza dell'assistenza e il miglioramento continuo della qualità dei servizi, anche mediante la salvaguardia di elevati standard assistenziali fondati sulla medicina basata sulle prove di efficacia;

g) le esigenze e gli interventi relativi alla formazione di base e alla formazione continua del personale, da realizzarsi anche tramite attività formative rivolte congiuntamente al personale appartenente al settore sanitario e al settore sociale;

h) l'ammontare delle risorse finanziarie destinate, per ciascun anno di validità del Piano, al finanziamento corrente del Servizio sanitario regionale e i criteri generali di riparto;

i) l'ammontare delle risorse finanziarie destinate, per ciascun anno di validità del Piano, agli investimenti edilizi e tecnologici e i criteri generali di assegnazione.

3. Il Piano ha durata triennale ed è adottato con deliberazione della Giunta regionale, sentite la competente Commissione consiliare e la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale.

4. Sui progetti obiettivo sociosanitari tra la Regione e la predetta Conferenza interviene apposita intesa.]

[Art. 10
(Piano attuativo locale e Piano attuativo ospedaliero)

1. Il Piano attuativo locale (PAL) e il Piano attuativo ospedaliero (PAO) sono gli strumenti attraverso i quali vengono definite le strategie aziendali. Assume la denominazione di PAL o di PAO il complesso degli atti di programmazione triennale e annuale previsti dagli articoli dal 13 al 20 della legge regionale 49/1996, come da ultimo modificata dalla presente legge, relativi al programma e bilancio pluriennali di previsione e al programma e bilancio preventivo annuali.

2. Nell'ambito degli obiettivi fissati dal Piano sanitario e sociosanitario regionale e dalle linee annuali di gestione emanate dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge regionale 49/1996, come modificato dall'articolo 18, comma 1, il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari, in coerenza con il suo mandato e fatti salvi i restanti obblighi di cui agli articoli 16 e 20 della legge regionale 49/1996, come modificati dall'articolo 18, commi 2 e 3, predispone la proposta di PAL e la presenta alla Rappresentanza dei sindaci, di cui all'articolo 13, comma 2, della legge regionale 12/1994, come sostituito dall'articolo 5, comma 1, al fine di acquisirne il parere obbligatorio prima della negoziazione con l'Agenzia regionale della sanità.

3. Quanto disposto al comma 2 si applica anche ai PAO dell'Azienda ospedaliera, dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste, del Policlinico universitario di Udine e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, fatto salvo che, per questi, l'organismo di riferimento è la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale.

4. Il parere di cui al comma 2 è reso nei termini e con le modalità stabiliti dagli articoli 16 e 20 della legge regionale 49/1996, come modificati dall'articolo 18, commi 2 e 3.

5. I programmi delle attività territoriali dei singoli distretti, di cui all'articolo 11, costituiscono parte integrante e sostanziale del PAL.]

[Art. 11
(Programma delle attività territoriali)

1. Il Programma delle attività territoriali (PAT) è lo strumento con il quale, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della pianificazione regionale e in coerenza con le strategie aziendali, vengono stabilite le politiche sanitarie e sociosanitarie di distretto. Il PAT ha durata triennale e viene aggiornato annualmente.

2. Il PAT indica almeno:

a) l'analisi del bisogno;

b) gli obiettivi di salute e i relativi indicatori di verifica;

c) le modalità organizzative dei servizi di pertinenza;

d) i servizi di assistenza primaria e le attività sanitarie e sociosanitarie assicurati nell'ambito del distretto;

e) la localizzazione dei servizi e dei presidi territoriali;

f) il coordinamento, di cui esplicita modalità operative e azioni a ciò preordinate, tra le attività del distretto e quelle dei dipartimenti e dei restanti servizi aziendali, e in particolare quelle afferenti alle funzioni ospedaliere;

g) le attività di tipo integrato previste al capo IV cui dare attuazione;

h) l'entità delle risorse da investire nella realizzazione degli obiettivi di carattere sanitario e in quelli di integrazione sociosanitaria, per la quale vengono altresì determinate le quote, concordemente definite, da porre rispettivamente a carico dell'Azienda per i servizi sanitari e dei Comuni.

3. Il PAT può inoltre prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione sociosanitaria e di promozione di adeguati stili di vita e relazionali, diretti a gruppi a rischio sociale e/o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell'individuo e della famiglia.

4. Il PAT è predisposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Direttore di distretto che lo propone al Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari, il quale provvede alla sua approvazione previo parere dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale sulla parte sanitaria e previo raggiungimento dell'intesa con la medesima Assemblea sulla parte sociosanitaria.

5. Le attività sociosanitarie previste dal PAT dovranno essere coincidenti con le omologhe previsioni del Piano di zona di cui all'articolo 12.]

- Per la legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17, abrogata dal presente articolo a decorrere dall'1 gennaio 2020, si riportano solo gli articoli 5 e 29 con l'indicazione delle disposizioni escluse dall'abrogazione:

Art. 5
(Aziende per l'assistenza sanitaria)

1. Sono Aziende per l'assistenza sanitaria:

[a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con sede legale a Trieste;

b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", con sede legale a Gorizia, istituita

mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";

c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e di parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", con sede legale a Gemona del Friuli;

d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con sede legale a Udine;]

e) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", istituita mediante accorpamento dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, con sede legale a Pordenone.

[2. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 " Triestina ", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda ospedaliero-universitaria " Ospedali riuniti " di Trieste;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste;

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, come indicato al comma 3, sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina".

3. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" le funzioni relative alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste.

4. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 " Bassa Friulana-Isontina " succede nell'intero patrimonio delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 " Isontina " e n. 5 " Bassa Friulana ", che vengono contestualmente soppresse;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo alle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";

c) tutte le funzioni svolte dalle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina".

5. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 " Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli " succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 " Alto Friuli ", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 " Medio Friuli ";

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli

derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".

6. Sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", oltre al territorio dei comuni attualmente già compresi nell'ambito territoriale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", anche il territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli, ivi compreso il relativo presidio ospedaliero, e di Codroipo. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" le funzioni relative alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compreso negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.

7. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 " Friuli Centrale ", succede in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 " Medio Friuli ", che viene contestualmente soppressa;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" sono trasferiti parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";

c) parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale".

8. Non sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" i territori dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli, nonché il presidio ospedaliero ivi insistente. Non sono compresi nel patrimonio della medesima azienda i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività svolte nelle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli. Non sono comprese nelle funzioni della medesima azienda quelle relative alle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni degli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.]

9. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 " Friuli Occidentale " succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 " Friuli Occidentale " e dell'Azienda ospedaliera " Santa Maria degli Angeli " di Pordenone, che vengono contestualmente soppresse;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e all'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone;

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dall'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".

[10. Alle Aziende per l'assistenza sanitaria si applica la disciplina delle aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.

11. La costituzione dei nuovi enti del Servizio sanitario regionale è disposta con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

12. Le Aziende per l'assistenza sanitaria che comprendono nei propri ambiti territoriali i comuni o le frazioni di essi indicati nella tabella di cui all'articolo 4 della legge 23 febbraio 2001, n. 38 (Norme a tutela della minoranza linguistica slovena della regione Friuli-Venezia Giulia), devono garantire i diritti previsti dall'articolo 8 della stessa legge.]

Art. 29
(Presidi ospedalieri di base)

[1. I presidi ospedalieri di base svolgono di norma le seguenti funzioni, articolate in unità operative di degenza: pronto soccorso e medicina d'urgenza con posti di osservazione breve e semi-intensivi, anestesia e rianimazione con posti intensivi che possono essere organizzati in area comune di emergenza, medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia con punto nascita, riabilitazione. I posti letto intensivi e semi-intensivi sono organizzati in un'area comune di degenza e sono gestiti dai medici dei reparti di pronto soccorso, medicina d'urgenza, cardiologia, anestesia e rianimazione sulla base delle problematiche cliniche specifiche del paziente accolto.]

1 bis. Presso i presidi ospedalieri di base "spoke" le strutture che svolgono una funzione in più sedi operative, di norma, assicurano l'attività urgente solo presso una delle sedi operative del presidio, sussistenti i requisiti strutturali e professionali stabiliti dalla normativa statale. Il presidio ospedaliero di base "spoke" Latisana e Palmanova, di cui all'articolo 28, assicura le degenze della funzione di ginecologia e ostetricia con punto nascita, ivi compresa la pediatria, presso la sede operativa di Latisana.

1 ter. Presso il presidio ospedaliero di base "spoke" di Latisana e Palmanova, nella sede operativa di Palmanova sono assicurate:

a) le funzioni di pronto soccorso e medicina d'urgenza, medicina interna, cardiologia, oncologia, nefrologia, dialisi e riabilitazione;

b) le funzioni di centro unico regionale di produzione degli emocomponenti, di medicina trasfusionale, radiologia e gastroenterologia;

c) le funzioni di chirurgia programmata di ortopedia, oculistica, mammaria e day surgery multidisciplinare;

d) le funzioni ambulatoriali multidisciplinari, ivi comprese, quelle relative al percorso nascita e alla pediatria;

e) le funzioni della struttura operativa regionale di emergenza sanitaria.

1 quater. Le funzioni e le attività di cui ai commi 1 bis e 1 ter sono specificate in sede di atti di programmazione regionale o con specifici atti attuativi.

[2. I presidi ospedalieri di base svolgono di norma le seguenti attività, articolate in servizi: oncologia, emodialisi, farmacia e, attivabili sulle ventiquattro ore, radiologia, cardiologia, gastroenterologia, laboratorio d'urgenza ed emoteca e garantiscono, tramite la telemedicina, le attività di laboratorio di analisi, di microbiologia, di medicina trasfusionale e di anatomia patologica.]

Note all'articolo 72

- Il testo degli articoli 11 e 12 della legge regionale 27/2018, è il seguente:

Art. 11
(Assetto degli enti del Servizio sanitario regionale)

1. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, con sede legale a Udine, dall'1 gennaio 2019, data della sua costituzione, succede nel patrimonio e nelle funzioni dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi di cui all'articolo 7 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria).

2. All'Azienda regionale di coordinamento per la salute sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.

3. L'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", con sede legale a Pordenone, con la medesima decorrenza di cui ai commi 4 e 6, viene denominata "Azienda sanitaria Friuli Occidentale".

4. L'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, con sede legale a Trieste, dalla data della sua costituzione, che interverrà entro l'1 gennaio 2020, succede:

a) nel patrimonio dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste;

b) in parte del patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" determinata, relativamente al livello assistenza ospedaliera, dalle sedi ospedaliere di Gorizia e Monfalcone e, relativamente al livello prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché al livello assistenza distrettuale, dalle strutture operanti nell'ambito del distretto alto isontino e del distretto basso isontino.

5. All'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", in relazione alle funzioni connesse ai livelli di assistenza come individuati al comma 4.

6. L'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, con sede legale a Udine, dalla data della sua costituzione, che interverrà entro l'1 gennaio 2020, succede:

a) nel patrimonio dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine;

b) in parte del patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" determinata, relativamente al livello assistenza ospedaliera, dalle sedi ospedaliere di Latisana e Palmanova e, relativamente al livello prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché al livello assistenza distrettuale, dalle strutture operanti nell'ambito del distretto est e del distretto ovest;

c) nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".

7. All'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine, all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" in relazione alle funzioni connesse ai livelli di assistenza come individuati al comma 6.

8. Dalla data di costituzione dei nuovi enti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere a), c) e d), sono contestualmente soppressi:

a) l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi di cui all'articolo 7 della legge regionale 17/2014;

b) l'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b), della legge regionale 17/2014;

c) l'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c), della

legge regionale 17/2014;

d) l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste di cui all'articolo 4, comma 2, della legge regionale 17/2014;

e) l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine di cui all'articolo 4, comma 2, della legge regionale 17/2014.

Art. 12
(Commissari degli enti del Servizio sanitario regionale)

1. Per effetto dell'avvio del processo di ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale dall'1 gennaio 2019 decadono, con stessa decorrenza, gli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi sociosanitari in essere al 31 dicembre 2018, presso i seguenti enti:

a) Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi;

b) Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina";

c) Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli";

d) Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste;

e) Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine.

2. Nelle more della nomina dei direttori generali sono nominati, con decorrenza 1 gennaio 2019, i seguenti commissari straordinari:

a) il commissario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute;

b) il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina";

c) il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".

3. I commissari straordinari di cui al comma 2 sono nominati per un periodo di dodici mesi, eventualmente prorogabile di ulteriori sei mesi. Ai commissari straordinari si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale prevista per i direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale. Per l'individuazione dei commissari di cui al comma 2, lettere b) e c), è acquisita l'intesa da parte dell'Università entro otto giorni dalla proposta regionale e, decorso tale termine senza formale e motivato diniego da parte del Rettore, l'intesa s'intende acquisita e l'Amministrazione regionale procede comunque alla nomina del commissario.

4. I commissari straordinari di cui al comma 2, oltre a esercitare tutti i poteri di gestione degli enti cui sono preposti, devono predisporre tutti gli atti necessari alla definizione del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, coordinando le relative attività in relazione a quanto disposto all'articolo 11. In funzione del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, dall'1 gennaio 2019 il presidio ospedaliero di Udine costituisce funzionalmente hub di riferimento per le sedi ospedaliere di Latisana e di Palmanova. I commissari di cui al comma 2, lettere b) e c), in particolare, regolano con intesa quanto disposto all'articolo 11, comma 4, lettera b), e comma 6, lettera b), assicurando la continuità dell'assistenza attraverso il mantenimento delle prestazioni e lo sviluppo dei servizi resi nei presidi spoke.

5. Il commissario straordinario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro sei mesi dalla nomina, definisce l'organizzazione e il funzionamento dell'ente cui è preposto mediante l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992.

6. I commissari straordinari, entro il 31 dicembre 2019, elaborano per la parte di competenza un atto di organizzazione e di funzionamento per i nuovi costituendi enti del Servizio sanitario regionale, affinché entro sei mesi dalle nomine dei nuovi direttori generali questi ultimi adottino l'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992.

7. Fino all'adozione di ogni nuovo atto aziendale continua a trovare applicazione l'atto aziendale esistente.

8. I commissari straordinari provvedono, mediante reciproche intese, a definire i rapporti di debito e di credito inerenti alle spese di manutenzione, alla regolazione dei rapporti giuridici in corso alla data del trasferimento dei beni e all'eventuale assegnazione in uso di immobili, o parte di essi, a titolo oneroso o non oneroso.

9. I commissari straordinari, nell'esercizio delle relative funzioni, sono coadiuvati, per ciascuna azienda cui sono preposti e per la durata del commissariamento, da due vicecommissari straordinari cui sono attribuiti rispettivamente i poteri e le funzioni del direttore amministrativo e del direttore sanitario, e da un ulteriore vicecommissario straordinario cui sono attribuiti i poteri e le funzioni del direttore dei servizi sociosanitari ove previsto. Il commissario straordinario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute è coadiuvato da due vicecommissari straordinari, cui sono attribuiti rispettivamente i poteri e le funzioni di direttore amministrativo e i poteri e le funzioni di coordinamento per l'attuazione del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, nonché, in relazione a quanto disposto dall'articolo 8, comma 1, lettera a), da un ulteriore vicecommissario straordinario cui sono attribuiti i poteri e le funzioni del direttore sanitario. I vicecommissari sono nominati dal commissario che li individua tra soggetti in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 502/1992. Ai vicecommissari, ivi compreso il vicecommissario con funzioni di coordinamento, si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale prevista per i direttori amministrativo, sanitario o sociosanitario degli enti del Servizio sanitario regionale.

10. Gli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale sono nominati con deliberazione della Giunta regionale.

- Per il testo degli articoli 32 e 41 della legge regionale 26/2015, vedi nota all'articolo 52 della presente legge.

LAVORI PREPARATORI

Progetto di legge n. 70

- di iniziativa della Giunta regionale, presentato al Consiglio regionale e assegnato alla III Commissione permanente il 24 ottobre 2019;

- esaminato dalla III Commissione permanente nelle sedute del 31 ottobre e del 7, 11 e 19 novembre 2019 e, in quest'ultima seduta, approvato a maggioranza, con modifiche, con relazioni di maggioranza dei consiglieri Moras e Piccin e, di minoranza, dei consiglieri Bidoli, Honsell, Liguori, Santoro e Ussai;

- esaminato dal Consiglio regionale nelle sedute antimeridiana e pomeridiana del 4 e 5 dicembre 2019 e, in quest'ultima seduta, approvato a maggioranza, con modifiche;

- legge trasmessa al Presidente della Regione, ai fini della promulgazione, con nota del Presidente del Consiglio regionale n. 6745/P dd. 12 dicembre 2019.

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
PARTE I-II-III (FASCICOLO UNICO)

DIREZIONE E REDAZIONE (pubblicazione atti nel B.U.R.)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
PRESIDENZA DELLA REGIONE
UFFICIO STAMPA E COMUNICAZIONE
SEGRETARIATO GENERALE - SERVIZIO AFFARI DELLA PRESIDENZA E DELLA GIUNTA
Piazza dell'Unità d'Italia 1 - 34121 Trieste
Tel. +39 040 377.3607
Fax +39 040 377.3554
e-mail: ufficio.bur@regione.fvg.it

AMMINISTRAZIONE (spese di pubblicazione atti nella parte terza del B.U.R. e fascicoli)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE PATRIMONIO, DEMANIO, SERVIZI GENERALI E SISTEMI INFORMATIVI
SERVIZIO LOGISTICA E SERVIZI GENERALI
Corso Cavour 1 - 34132 Trieste
Tel. +39 040 377.2016
Fax +39 040 377.2383
e-mail: logistica@regione.fvg.it
logistica@certregione.fvg.it

PREZZI E CONDIZIONI in vigore dal 1° gennaio 2010
(ai sensi della delibera G.R. n. 2840 dd. 17 dicembre 2009)

INSERZIONI NELLA PARTE TERZA DEL B.U.R.

Si precisa che ai sensi della normativa vigente per le pubblicazioni del B.U.R.:

- gli atti destinati alla pubblicazione che pervengono alla Redazione del B.U.R. entro le ore 16.00 del lunedì, sono pubblicati il secondo mercoledì successivo;
- i testi degli atti da pubblicare devono pervenire alla Redazione tramite il servizio telematico che è disponibile attraverso accesso riservato ad apposita sezione del portale internet della Regione. L'inoltro dei documenti via mail o in forma cartacea è ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa o tecnica di trasmissione;
- la pubblicazione degli atti, QUALORA OBBLIGATORIA ai sensi della normativa vigente, È EFFETTUATA SENZA ONERI per i richiedenti, anche se privati (art. 11, comma 31, della L.R. 11 agosto 2011, n. 11). In tal caso nella richiesta di pubblicazione deve essere indicata la norma che la rende obbligatoria;
- la procedura telematica consente, ove la pubblicazione NON SIA OBBLIGATORIA ai sensi della normativa vigente, di determinare direttamente il costo della pubblicazione che il richiedente è tenuto ad effettuare in via posticipata.; l'inoltro del documento via mail o in forma cartacea - ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa o tecnica dei soggetti estensori – comporta l'applicazione di specifiche tariffe più sotto dettagliate:
- **gli atti da pubblicare, qualora soggetti all'imposta di bollo, devono essere trasmessi anche nella forma cartacea in conformità alla relativa disciplina;**
- Il calcolo della spesa di pubblicazione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea, ecc. che compongono il testo ed eventuali tabelle da pubblicare. Il relativo conteggio è rilevabile tramite apposita funzione nel programma MS Word nonché direttamente dal modulo predisposto nella sezione dedicata nel portale della Regione (fatti salvi la diversa tariffa ed il relativo calcolo previsto per le tabelle e tipologie di documento prodotte in un formato diverso da MS Word);
- a comprova, dovrà essere inviata la copia della ricevuta quietanzata alla Direzione centrale autonomie locali, sicurezza e politiche dell'immigrazione - Servizio logistica, e servizi generali - Ufficio amministrazione BUR - Corso Cavour, 1 - 34132 Trieste – FAX n. +39 040 377.2383 – utilizzando il modulo stampabile dal previsto link a conclusione della procedura di trasmissione della richiesta di pubblicazione eseguita tramite il portale internet della Regione.

Le tariffe unitarie riferite a testi e tabelle **PRODOTTI IN FORMATO MS WORD** sono applicate secondo le seguenti modalità:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER CARATTERE, SPAZI, ECC.
A)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 0,05
B)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 0,08
C)	Cartaceo (inoltro postale/fax)	NON OBBLIGATORIA	€ 0,15

- Il costo per la pubblicazione di tabelle e tipologie di documenti **PRODOTTI IN FORMATO DIVERSO DA MS WORD** sarà computato forfetariamente con riferimento alle succitate modalità di trasmissione e tipo di pubblicazione. Nella fattispecie, le sottoriportate tariffe saranno applicate per ogni foglio di formato A/4 anche se le dimensioni delle tabelle, ecc. non dovessero occupare interamente il foglio A/4:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER FOGLIO A/4 INTERO O PARTE
A/tab)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 150,00
B/tab)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 210,00
C/tab	Cartaceo (inoltro postale/fax	NON OBBLIGATORIA	€ 360,00

- **Tutte le sopraindicate tariffe s'intendono I.V.A. esclusa**

FASCICOLI

PREZZO UNITARIO DEL FASCICOLO

- formato CD € 15,00
- formato cartaceo con volume pagine inferiore alle 400 € 20,00
- formato cartaceo con volume pagine superiore alle 400 € 40,00

PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un trimestre solare € 35,00
PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un anno solare € 50,00

PREZZI DELLA FORNITURA DEI PRODOTTI CON DESTINAZIONE ESTERO COSTO AGGIUNTIVO € 15,00

TERMINI PAGAMENTO delle suddette forniture IN FORMA ANTICIPATA
I suddetti prezzi si intendono comprensivi delle spese di spedizione

La fornitura di fascicoli del BUR avverrà previo pagamento ANTICIPATO del corrispettivo prezzo nelle forme in seguito precisate. A comprova dovrà essere inviata al sottoriportato ufficio la copia della ricevuta quietanzata:
DIREZIONE CENTRALE AUTONOMIE LOCALI, SICUREZZA E POLITICHE DELL'IMMIGRAZIONE - SERVIZIO LOGISTICA, E SERVIZI GENERALI - UFFICIO AMMINISTRAZIONE BUR - CORSO CAVOUR, 1 - 34132 TRIESTE
FAX N. +39 040 377.2383 E-MAIL: logistica@regione.fvg.it
logistica@certregione.fvg.it

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Le spese di pubblicazione degli avvisi, inserzioni, ecc. nella parte terza del B.U.R. e i pagamenti dei fascicoli B.U.R. dovranno essere effettuati mediante:
a) versamento del corrispettivo importo sul conto corrente postale n. **85770709**.
b) bonifico bancario cod.IBAN **IT 56 L 02008 02230 000003152699**
Entrambi i suddetti conti hanno la seguente intestazione:
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Servizio Tesoreria - Trieste
OBBLIGATORIAMENTE dovrà essere indicata la riferita causale del pagamento, così dettagliata:

- per spese pubbl. avvisi, ecc. **CAP/E 708 - INSERZ. BUR (riportare sinteticamente il titolo dell'inserzione)**

- per acquisto fascicoli B.U.R. **CAP/E 709 - ACQUISTO FASCICOLO/I BUR**

Al fine della trasmissione dei dati necessari e della riferita attestazione del pagamento sono predisposti degli appositi moduli scaricabili dal sito Internet:
www.regione.fvg.it -> **bollettino ufficiale**, alle seguenti voci:
- **pubblica sul BUR (utenti registrati)**: *il modulo è stampabile ad inoltro eseguito della richiesta di pubblicazione tramite il portale*
- **acquisto fascicoli**: *modulo in f.to DOC*

DEMETRIO FILIPPO DAMIANI - Direttore responsabile
ERICA NIGRIS - Responsabile di redazione
iscrizione nel Registro del Tribunale di Trieste n. 818 del 3 luglio 1991

in collaborazione con insiel spa
impaginato con Adobe Indesign CS5®
stampa: Centro stampa regionale
- Servizio logistica, e servizi generali